



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde

---

# **A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

Alda Maria Marinho Lopes

---

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde

Alda Maria Marinho Lopes

# **A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Trabalho efetuado sob a orientação da**

Professora Doutora Maria Aurora Pereira

**E coorientação da**

Professora Mestre Arminda Vieira

**Viana do Castelo, Julho de 2021**

## **RESUMO**

A comunicação, nomeadamente de uma má notícia à família de uma pessoa em situação crítica é uma constante no quotidiano dos profissionais de saúde e constitui-se quase sempre como uma situação difícil e complexa, sobretudo pela necessidade de lidar com as reações físicas e as próprias emoções da pessoa e família. O internamento em unidades de cuidados intensivos é uma experiência stressante, pois geralmente, é um acontecimento súbito, perante o qual a família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar. Pode desencadear diferentes tipos de necessidades, podendo esta experiência constituir-se um evento traumático do qual poderá resultar uma crise.

Como objetivo deste estudo, pretendemos conhecer a perceção e as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

O estudo insere-se num paradigma qualitativo, de natureza descritiva e exploratória. A amostra é constituída por vinte profissionais de saúde (quinze enfermeiros e cinco médicos) de uma UCIP. A estratégia de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada efetuada aos profissionais (conduzida por um guião em que são abordados temas relativos ao conceito de má notícia e em que os profissionais têm oportunidade de falar da sua experiência profissional) e a observação participante realizada em contexto de comunicação de más notícias a familiares de doentes internados no referido serviço (esta também conduzida por um guião). Para a análise dos dados obtidos recorreremos à análise de conteúdo.

Para uma melhor análise dos dados obtidos pelas entrevistas, estes foram divididos em seis áreas temáticas: significado de má notícia, sentimentos vivenciados, tipo de má notícia, modo de comunicação, fatores que interferem na comunicação e estratégias mobilizadas.

A observação participante permitiu-nos uma perspetiva das práticas dos profissionais de saúde, foi sustentada num guião construído com base no Protocolo de Buckman e direcionou-se para o procedimento usado pelos profissionais de saúde e a linguagem verbal e não verbal utilizada pelos mesmos.

Da análise dos dados obtidos destacam-se os seguintes resultados: os profissionais de saúde consideram que uma má notícia é uma informação desagradável, subjetiva, com um peso negativo para a pessoa que a recebe. A comunicação de uma má notícia gera nos profissionais alguma insegurança, quer pelo receio da forma como a notícia é recebida pelo doente/família e não ser bem

compreendido, quer pelo facto da notícia causar tristeza e sofrimento. Foram referidos fatores que interferem na comunicação e foram apontadas diversas estratégias mobilizadas pelos profissionais para comunicar más notícias.

A comunicação de más notícias constitui-se um enorme desafio quer para quem recebe a notícia, quer para quem a transmite. Não obstante ter uma vasta experiência profissional, transmitir algo que sabemos ter naturalmente um impacto negativo requer uma preparação prévia e adaptada a cada situação.

Estes resultados evidenciaram a complexidade do processo de comunicação e a dificuldade que o profissional de saúde tem em lidar com a comunicação da má notícia, assim como a importância de investir e investigar nesta área.

**PALAVRAS-CHAVE** - Comunicação, Comunicação em Saúde, Cuidados Intensivos, Profissional de saúde, Família

ABSTRACT

The communication, namely of bad news to the family of a person in critical condition, is a constant in the daily life of health professionals and is almost always a difficult and complex situation, mainly due to the need to deal with the physical reactions and the emotions of the person and their family. Hospitalization in intensive care units is a stressful experience, as it is usually a sudden event, in the face of which the family may feel fragile, unprotected and with difficult organizing. It can trigger different types of needs, and this experience can be a traumatic event that could result in a crisis.

As the objective of this study, we intend to know the perception and practices of health professionals in the communication of bad news in the context of Multipurpose Intensive Care Unit (ICU)

The study is part of a qualitative paradigm, of a descriptive and exploratory nature. The sample consists of twenty health professionals (fifteen nurses and five doctors) from a PICU. The data collection strategy was a semi-structured interview carried out with professionals (conducted by a script centred around topics related to the concept of bad news in which professionals had the opportunity to talk about their professional experience) and participant observation carried out in a context communication of bad news to relatives of patients hospitalized in the referred service (this one is also guided by a script). For the analysis of the data obtained the technique of content analysis was used.

For a better analysis of the data obtained from the interviews, these were divided into six thematic areas: meaning of bad news, feelings experienced, type of bad news, manner of communication, factors that interfere in communication and strategies mobilized.

The participant observation allowed us to have a perspective of the practices of health professionals, it was supported by a script based on the Buckman Protocol and was directed to the procedure used by health professionals and the verbal and non-verbal language used by them.

From the analysis of the data obtained, the following results stand out: health professionals consider that bad news are unpleasant, subjective information, with a negative weight for the person who receive them. The communication of bad news generates some insecurity in professionals, either because of fear of the way the news could be received by the patient/family and not being well understood, or because the news cause sadness and suffering. Factors that interfere with communication were mentioned and several strategies used by professionals to communicate bad

news were pointed out.

Communicating bad news is a huge challenge both for those who receive the news and for those who convey them. Despite having extensive professional experience, conveying something that we know naturally has a negative impact requires prior preparation and to be adapted to each situation. These results highlighted the complexity of the communication process and the difficulty that the health professionals have in dealing with the communication of bad news, as well as the importance of investigating and investing in this area.

**KEYWORDS** – Communication, Health Communication, Intensive Care, Health Professional, Family

## **AGRADECIMENTOS**

Embora esta dissertação seja o resultado de um esforço pessoal, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

À Professora Aurora Pereira e à Mestre Arminda Vieira, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela partilha de saberes, pelas sugestões e profissionalismo, os quais promoveram o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os meus colegas de Mestrado, pela interajuda e partilha de conhecimentos e pelos bons momentos partilhados no decurso desta caminhada, em especial à Mariana, Vânia e Artur que foram um pilar fundamental nesta minha aventura, e que tornaram possível a mesma.

A todos os participantes deste estudo, pela colaboração, pelo acolhimento e pela disponibilidade demonstrada, tornando possível a sua realização.

Ao Enfermeiro Cerqueira, por todo o apoio, incentivo e motivação constante, que foi crucial neste meu percurso.

A toda a minha família, pelo amor e apoio incondicional. Pela compreensão pela minha ausência, privação de tempo e dedicação.

A todos os que me incentivaram e me apoiaram ao longo deste percurso.

**Muito obrigada**

## **PENSAMENTO**

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa



## **SUMÁRIO**

RESUMO .....	II
AGRADECIMENTOS.....	VI
PENSAMENTO .....	VII
SUMÁRIO.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS .....	X
ÍNDICE DE TABELAS .....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XII
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XIII
INTRODUÇÃO .....	14
CAPÍTULO I ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – DOS CONCEITOS À COMUNICAÇÃO COM O DOENTE/FAMÍLIA.....	18
2. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS E O CUIDAR EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE .....	23
2.1 O cuidar numa UCI.....	23
2.1 A comunicação de más notícias .....	28
CAPÍTULO II PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS.....	37
2. TIPO DE ESTUDO .....	38
3. O CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	40
3.1 O Contexto.....	40
3.2 Os Participantes.....	41
3.2.1Caracterização dos Participantes .....	42
4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	45
5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS .....	47
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
CAPÍTULO III APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	50
1. DAS ENTREVISTAS .....	51

*A Comunicação de Más Notícias em Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*

1.1	Significado de Má Notícia .....	52
1.2	Sentimentos Vivenciados pelos Profissionais de Saúde .....	53
1.3	O Tipo de Más Notícias Mais Frequentes .....	57
1.4	O Modo de Comunicar uma Má Notícia .....	59
1.5	Fatores que Interferem na Comunicação de Más Notícias .....	62
1.6	Estratégias Mobilizadas .....	68
2.	DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE .....	72
CAPÍTULO IV DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		77
CAPÍTULO V CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....		92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		96
ANEXOS .....		102
Anexo 1 Parecer da Comissão de Ética .....		103
APÊNDICES .....		103
Apêndice 1 Guião da Entrevista .....		103
Apêndice 2 Guião de Observação Participante .....		103
Apêndice 3 Consentimento Informado .....		103
Apêndice 4 Informação ao Participante .....		103
Apêndice 5.....		103
Matriz de redução de dados das entrevistas .....		103

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - A percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação de más notícias numa UCIP – Áreas temáticas.....	51
<b>Figura 2</b> - Significado de Má Notícia - Categorias .....	52
<b>Figura 3</b> - Sentimentos Vivenciados pelos profissionais de saúde - Categorias .....	54
<b>Figura 4</b> - Tipo de Más Notícias Mais Frequentes – Categorias .....	57
<b>Figura 5</b> - O Modo de Comunicar uma Má Notícia – Categorias e Subcategorias.....	59
<b>Figura 6</b> - Fatores que Interferem na Comunicação de Más Notícias – Categorias e Subcategorias .....	62
<b>Figura 7</b> - Estratégias Mobilizadas – Categorias .....	69

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Preparação e escolha de local adequado.....	72
<b>Tabela 2</b> - Perceber o que a pessoa já sabe.....	73
<b>Tabela 3</b> - Perceber o que a pessoa quer saber.....	73
<b>Tabela 4</b> - Dar a notícia.....	73
<b>Tabela 5</b> - Reação e perguntas.....	74
<b>Tabela 6</b> - Resumo e adoção de estratégias.....	74
<b>Tabela 7</b> – Voz.....	74
<b>Tabela 8</b> - Linguagem.....	74
<b>Tabela 9</b> – Contacto visual.....	75
<b>Tabela 10</b> – Movimentos corporais.....	75
<b>Tabela 11</b> - Toque.....	75
<b>Tabela 12</b> - Silêncio.....	75

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição por idade .....	43
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos enfermeiros por especialidade.....	43
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos médicos por especialidade .....	44
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos participantes por tempo de atividade profissional.....	44
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos profissionais por tempo de exercício profissional em cuidados intensivos.....	45

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

Artº - Artigo

Nº - Número

P. – Página

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIPU – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência

## **INTRODUÇÃO**

A comunicação constitui uma premissa fundamental em contexto de saúde. Resulta, por um lado, da necessidade e direito da informação por parte do utente/família e por outro lado, do dever dos profissionais de saúde em informar o mesmo sobre a sua situação clínica.

Segundo Pereira (2008, p.18), a comunicação “é uma arma terapêutica essencial que permite o acesso ao princípio da autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o doente e familiar necessitam para serem ajudados e para se ajudarem a si próprios”.

Sequeira (2016, p.87), considera que “a comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde, e das políticas de saúde, constituindo-se, igualmente, um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde”.

Neste sentido, comunicar eficazmente é, simultaneamente, importante e complexo, porque implica a utilização e o desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre os profissionais de saúde e o utente/família. Torna-se um desafio ainda mais complexo quando temos de transmitir más notícias.

Quando se trata de transmitir uma má notícia é fundamental que a comunicação se desenvolva com base nas necessidades do doente/família, das suas preocupações e expectativas. O direito à verdade é um direito fundamental de cada pessoa e é a expressão do respeito que se lhe deve, contudo, a verdade deve ser adequada à capacidade que cada um tem para a interiorizar e incorporar na sua experiência de vida.

Para Sequeira (2016, p.31), a comunicação “é fundamental nas profissões relacionadas com a área da saúde, pois estas são, por excelência, profissões de relação, que implicam interação constante com o utente e suas famílias, cuidadores, equipa de saúde a diferentes níveis hierárquicos da instituição, profissionais de outros serviços e profissionais de outras instituições”.

Ao longo do tempo, a comunicação tem sido alvo de várias definições e reconstruções, seja no seu objetivo, nas várias estratégias utilizadas ou nas várias relações e papéis sociais de que é suporte.

O Ser Humano é, por definição, um ser de relações, pelo que é impossível não comunicar. Por sua vez, quando é necessário a transmissão de más notícias, é de extrema importância uma comunicação eficaz, fazendo-se munir das estratégias necessárias e minimizando ao máximo o

impacto que esta possa ter no seu destinatário. A comunicação de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspetos emotivos que lhe estão associados.

Como refere Pereira (2008, p.30), “a comunicação de más notícias em saúde continua a ser uma área cinzenta de enorme dificuldade na relação utente/família e profissional de saúde, tornando-se uma das situações mais complexas e difíceis no contexto das relações interpessoais”. Para a mesma autora, “as más notícias em saúde incluem sobretudo as situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam” (Idem, p.32). Estão associadas, na maior parte das vezes, a uma doença grave ou perda no seio de uma família, vivências únicas que podem ser influenciadas por um conjunto de fatores relacionados com a própria doença, com o indivíduo, a família e o contexto sociocultural em que vive.

Segundo Cardoso (2019, p.218), a comunicação de más notícias “é uma das tarefas clínicas difíceis e, curiosamente, uma tarefa para a qual os profissionais de saúde recebem pouca formação”. A discussão da má notícia pode afetar a compreensão da informação por parte do doente, a sua satisfação com os cuidados médicos, o seu nível de esperança e a sua consequente adaptação psicológica à doença. Se bem sucedida, pode ter resultados benéficos quer para o doente, desencadeando mecanismos de confronto adequados, quer para o profissional de saúde, reduzindo o nível de ansiedade e reforçando a aliança clínica.

O internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) é para a família uma experiência stressante, pois geralmente “é um acontecimento súbito, perante o qual a família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que desencadeia diferentes tipos de necessidades, podendo esta experiência constituir um evento traumático do qual poderá resultar uma crise acidental” (Freitas, 2017, p.40).

Silvia (2012, p.68), num estudo qualitativo que realizou no âmbito das vivências da família do doente internado em UCI, refere que os resultados obtidos evidenciaram que as vivências da família se encontram relacionados com sentimentos de índole positiva como a esperança e a paz, mas essencialmente a sentimentos negativos, tais como ansiedade, o medo, a preocupação pela incerteza, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza. No seu estudo, ainda surge a evidência de que os familiares referem sentir-se seguros e confiantes face aos cuidados prestados pela equipa.

A experiência vivida nos últimos anos face à dificuldade de notificar familiares e pessoas



significativas de más notícias, sentida e manifestada informalmente pelos profissionais da unidade em que trabalho (UCIPU), admitindo um processo de comunicação dependente da sensibilidade individual, tornou-se uma problemática que nos tem vindo a inquietar, suscitando o interesse em estudar este tema. Neste sentido, surge a questão de investigação deste estudo: **“Como é que percecionam os profissionais de saúde de uma unidade de cuidados intensivos a comunicação de más notícias e quais as suas práticas ao comunicar as mesmas?”** Desta questão emerge o objetivo geral deste estudo: **Conhecer a perceção e as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de uma unidade de cuidados intensivos.** Com este estudo procuramos obter resultados que nos permitam contribuir para uma melhoria no desempenho dos profissionais de saúde e conseqüentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, os quais traduzem o percurso de investigação. No primeiro capítulo apresentamos o referencial teórico que sustenta a problemática em estudo, sendo feita uma abordagem em torno do processo de comunicação em saúde, das competências comunicacionais no cuidar em UCI e da comunicação de más notícias. No segundo capítulo expomos todo o percurso metodológico, apresentando a problemática e os objetivos do estudo, o tipo de estudo, o contexto e os participantes do estudo, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como as considerações éticas. No terceiro capítulo será feita a apresentação e análise dos dados obtidos, sendo que no quarto capítulo procederemos à discussão dos resultados. No quinto e último capítulo apresentamos as principais conclusões do estudo e as perspetivas futuras.

**CAPÍTULO I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo vamos enquadrar a temática do estudo explorando os seus eixos estruturantes: a comunicação em saúde – dos conceitos à comunicação com o doente/família e a comunicação de más notícias em contexto de uma unidade de cuidados intensivos polivalente (cuidar em UCI e a comunicação de más notícias).

## **1. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – DOS CONCEITOS À COMUNICAÇÃO COM O DOENTE/FAMÍLIA**

A comunicação constitui uma das mais complexas e genuínas atividades do ser humano, sendo aquela que permite a capacidade de interagir com os outros. O processo de comunicar é muito mais que uma simples troca de palavras. É dinâmico, interativo e aberto, pois permite não só a capacidade de socializar, como também de transmitir mensagens, ideias, sentimentos e emoções. De acordo com Nunes (2016, p.45), a comunicação “é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons”. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afetos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos.

A comunicação constitui um processo social básico fundamental em todos os setores da vida, do mais simples ao mais complexo, sendo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro”. É fundamental para o relacionamento humano e constitui um processo interativo onde cada elemento modifica ou manipula o significado dos fatos, podendo atribuir-lhes uma nova interpretação, mudar a sua conduta ou direção. Define-se como um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio da qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros.

Monteiro (2017, p.16) refere que “comunicar não é aquilo que digo ou faço, mas sim o que os outros percebem do que digo ou faço”.

A comunicação é entendida como “um processo de interação entre duas ou mais pessoas, fundamental no contexto de enfermagem que se pode desenvolver de modo consciente ou inconsciente, por comportamento verbal ou não verbal, sendo o verbal caracterizado pela exteriorização do ser social e o não verbal caracterizado pelo ser psicológico que tem como principal função a demonstração de sentimentos” (Phaneuf, 2005, p.22).

Na opinião de Cardoso (2019, p.149), “são consideradas quatro dimensões do comportamento não

verbal: proxémia (refere-se a questões relacionadas com a distância interpessoal), cinésia (diz respeito a questões relacionadas com a movimentação corporal), qualidades vocais (frequentemente designadas por para-linguagem) e as funções autonómicas (aspetos do comportamento não verbal do sistema nervoso autónomo).

Ao “manifestar-se por palavras a comunicação verbal é o meio privilegiado para transmitir os desejos, sentimentos e intenções, sendo que a linguagem é o instrumento mais indicado para transmitir rapidamente os nossos pensamentos” (Sequeira, 2016, p.24). Segundo o mesmo autor “a comunicação não verbal está presente nas mensagens para-verbais (tonalidade, sons, choro, gaguejo) e não verbais (postura corporal, contacto ocular, toque, movimentos faciais, proximidade entre os membros), visando a compreensão analógica da informação comunicacional” (Idem, p.30). A comunicação não verbal é essencial para a transmissão de emoções e sentimentos. Em algumas situações, as manifestações não verbais conferem um significado mais próximo do real à mensagem.

Para Silva (2012, p.51), “a comunicação verbal são todas as palavras usadas na interação. A não verbal são todas as outras formas de emissão de mensagens que não a palavra propriamente dita, ou seja, as expressões faciais, os gestos, as posturas corporais, a maneira de tocar ou ser tocada”. Os dois tipos de comunicação relacionam-se constantemente numa comunicação que se pretenda eficaz. Utilizar apenas uma delas ou as duas de forma dessincronizada, pode levar ao fracasso deste processo de comunicação.

“A comunicação verbal está direcionada para o significado das palavras utilizadas num âmbito específico de interação. É tanto mais claro quanto o que é dito corresponde ao que se quer dizer, ou seja, não existe discrepância entre a dimensão analógica e a dimensão digital” (Sequeira, 2016, p.24). Sendo que a linguagem é uma funcionalidade ampla, característica dos seres humanos e possibilita a comunicação entre estes nas suas diferentes formas de expressão. A linguagem é a forma que o homem encontrou para conviver eficazmente em sociedade, pois permite perceber o mundo à sua volta e comunicar. Existem diversos tipos de linguagem, além da fala. Aqui entra qualquer meio sistemático para exprimir ideias e sentimentos, envolvendo desde sinais sonoros e gráficos, a gestos, expressões e posturas corporais. A comunicação não verbal utiliza qualquer sinal que não seja a linguagem falada ou escrita.

Segundo Cardoso (2019, p.148), “mesmo quando optamos por não falar, estamos a comunicar com o outro. Se perante alguém que nos aborda, optamos por não responder, estamos a comunicar-lhe que não desejamos comunicar”. Portanto, não é possível não comunicar. Esta particularidade da

comunicação humana ilustra a importância do nosso comportamento não verbal na interação com o outro. O comportamento não verbal relaciona-se com o comportamento verbal, indicando a forma como aquilo que é dito deve ser interpretado.

Silva e Araújo (2012, p.76) afirmam que “é a dimensão não verbal do processo de comunicação que permite a demonstração e a compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais”. A linguagem verbal é qualificada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras e até mesmo pelas suas roupas, acessórios e características físicas.

A comunicação não verbal é fundamental para o estabelecimento do vínculo que tem como base o relacionamento interpessoal, imprescindível na relação entre profissional de saúde e utente/família. É principalmente por meio da emissão de sinais não verbais pelo profissional de saúde, que o utente/família desenvolve a confiança que permite que se estabeleça uma relação terapêutica efetiva.

Segundo Sequeira (2016, p.22), “a comunicação é considerada verbal quando se expressa por palavras, sendo que pode ser oral ou escrita. Assim, consiste na base da comunicação quotidiana, tornando-se esta um veículo de preservação e contínua modificação da realidade subjetiva do indivíduo.

Para Silva e Araújo (2012, p.78), “tanto o comportamento verbal quanto o não verbal do profissional deve demonstrar empatia e transmitir segurança”.

Pereira (2008, p.18) menciona que “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem”.

E é através da comunicação que se obtém esta partilha de informação tornando-se essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. O relacionamento estabelecido entre o profissional de saúde/utente/família deve ser baseado na confiança e no respeito para permitir ajudar a pessoa/família. A informação transmitida reveste-se de uma atitude ética para com a pessoa/família e ao mesmo tempo como uma mensagem de confiança ao quebrar a solidão, ao ajudar, ao dar resposta à satisfação de necessidades básicas. O dizer sempre a verdade, o transmitir esperança, o perder o medo de interagir a nível emocional, são pressupostos básicos muito particulares no contexto de doente crítico, que deveriam caracterizar qualquer ato de comunicação neste contexto. A disponibilidade das pessoas envolvidas no processo de comunicação é algo que necessita ser

considerado atentamente, pois dela depende boa parte do êxito deste processo.

A comunicação em saúde ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde e rege-se por regras próprias, em função dos profissionais em interação e do tipo de intervenção. Os profissionais têm a obrigação de conhecer diferentes modalidades de comunicação e de possuir códigos de ética e deontológicos como o sigilo, a confidencialidade da informação, a necessidade de privacidade. Os utentes e os profissionais de saúde têm um conjunto de direitos e deveres na relação de prestação de cuidados que envolve diversos itens da comunicação como o respeito mútuo, o direito à informação, o fornecimento de informação verdadeira, entre outros.

A comunicação constitui uma das componentes centrais da área da saúde, sendo essencial para um desempenho de qualidade. Como afirma Pereira (2008, p.17), “é imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde”.

É fundamental que o profissional ao comunicar com a pessoa/família respeite os princípios da Autonomia, Consentimento Informado e o direito à Informação de que estes necessitam especialmente se se pensar que a doença e hospitalização são geradores de medos e de insegurança. A comunicação enquanto processo pode ser caracterizada não só pela sua complexidade, mas também pela experiência que é esperada de todos os intervenientes. Embora se possa considerar que é fácil comunicar, descodificar toda a informação veiculada pelas palavras, pelas intervenções e pelos comportamentos, impõe uma atenção e preparação prévia complexa. É, pois, fundamental proporcionar habilidades aos profissionais de saúde para levar a cabo uma comunicação interpessoal eficaz, com cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

Para Sequeira (2016, p.52), “as competências de comunicação em saúde referem-se ao conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, entre outras”.

Freitas (2017, p.40) defende que a comunicação com a família “é também um ponto a refletir e a considerar na abordagem ao doente crítico, atendendo a que estas situações acarretam habitualmente instabilidade emocional, afetiva, fragilidade, impotência, insegurança e incerteza não podendo esta ficar de fora, mas antes, sempre que possível e pertinente, ser integrada neste processo de comunicação”.

A família é entendida como um conjunto de pessoas unidas e que se relacionam entre si, criando laços de afetividade e proximidade, sendo a primeira referência do indivíduo. Através da sua

família aprende valores éticos, morais e religiosos, construindo a sua personalidade, aprende a pensar, atuar e a raciocinar. A família condiciona aptidões e hábitos de cada indivíduo, sendo que é considerada tanto mais antiga como a mais utilizada assistência de saúde. Daí que a família seja considerada agente de prestação de cuidados e uma extensão da pessoa e deve ser incluída no plano de cuidados estabelecido para cada indivíduo.

O profissional de saúde deve usar um vocabulário que possa ser compreendido pela pessoa/família e valer-se da máxima clareza possível ao empregar as palavras, o tom e a inflexão da voz na organização das ideias expressas. Ambos precisam ter capacidade para ouvir. O ambiente é um dos componentes do processo de comunicação, mas também é uma variável que tem forte influência sobre o êxito ou não do processo de comunicação. A comunicação é influenciada pelo contexto em que as pessoas comunicam, podendo estimular ou inibir a interação entre os envolvidos. O ambiente engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, a sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço.

Segundo Phaneuf (2005, p.462), a família tem necessidade de informação para “compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente”. A informação fornecida pelos profissionais de saúde é considerada como uma componente indispensável na relação entre ambos, na qual a comunicação aberta e clara é primordial para uma interação de sucesso.

A procura de informação é tida como um fator relevante no que diz respeito à forma como as pessoas lidam com o impacto de uma doença, favorecendo uma participação nas tomadas de decisão e, desta forma, contribuindo para a aquisição de algum controlo sobre a situação. A comunicação no âmbito da saúde deve ser terapêutica, uma vez que objetiva o cuidado, favorecendo através deste, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa. Deve ser clara, compreensível, credível e principalmente personalizada, isto é, adequada às necessidades de informação do doente/família naquele momento e adaptado ao seu nível cultural e capacidades cognitivas.

Estas relações interpessoais fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde, numa relação com pessoas fragilizadas que necessitam de alguém que as cuide e trate, isto é, que satisfaçam as suas necessidades. A qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e utentes/família tem influência sobre o seu estado de saúde e a utilização dos serviços, possibilitando uma maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos.

## **2. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS E O CUIDAR EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

Neste ponto vamos procurar enquadrar a realidade do cuidar e da comunicação de más notícias em contexto de uma UCIP e deste modo melhor situarmos a temática em estudo.

### **2.1 O cuidar numa UCI**

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, promovendo a utilização de técnicas de diagnóstico e tratamento decisivos na recuperação dos doentes. São serviços especializados onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais treinados, através de equipamento sofisticado e com base em protocolos específicos para cada intervenção.

Como refere Castro (2016, p.19), as UCI's “são ambientes destinados ao tratamento de pessoas em situação crítica, com potencial risco de morte, que necessitam de vigilância ininterrupta, sendo caracterizados muitas vezes com um ambiente relacionado ao sofrimento e à morte”.

O internamento numa UCI é uma situação abrupta, inesperada, traduzindo um acontecimento único para a pessoa, alterando temporariamente os seus projetos de vida quotidiana, ou até mesmo constituindo uma ameaça à sua existência.

Os cuidados intensivos, têm por clientes, doentes extremamente instáveis, com elevado risco de vida e, cujas condições de saúde se podem alterar constantemente. Estas unidades são locais de elevada complexidade tecnológica, dotadas de aparelhos e instrumentos sofisticados que, por si só, não resolvem os problemas de saúde dos doentes.

O cuidar em cuidados intensivos reflete-se como um campo relativamente recente, que emergiu a partir da segunda metade do século passado, alicerçado na indispensabilidade de prestar cuidados especializados a pessoas em situação crítica. A prestação de cuidados numa UCI é um trabalho exigente, complexo e intenso, devendo o profissional estar permanentemente capaz de cuidar de pessoas com alterações de saúde importantes, as quais exigem um conjunto de conhecimentos específicos, sólidos e consistente, bem como um enorme poder de decisão em tempo útil.

Segundo o Regulamento nº135 de 16 de Julho de 2018 (p.19362), “a pessoa em situação crítica é



aquela cuja vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, e que numa situação de dependência é excluída do seu ambiente e fica sujeita aos cuidados que lhe são prestados, num local desconhecido e temível.

A doença, sobretudo numa situação crítica, surge na vida de uma pessoa de forma inesperada, trazendo consigo uma variedade de sentimentos e mudanças, no quotidiano de cada um, que serão vivenciadas por cada pessoa, por cada família, de forma muito própria e muito particular (Santos, 2019, p.56).

A experiência vivida pela pessoa em situação crítica durante o internamento na UCI, é uma experiência de sofrimento, vivida de forma única e singular. Confrontando-se a pessoa em situação crítica ao acordar na UCI com um ambiente completamente desconhecido, rodeado de equipamentos e profissionais. É um internamento pautado pela dúvida em que a vida e a morte são uma constante. Este internamento é também muito significativo para a família do ponto de vista físico e emocional. Deixa perceber que a vulnerabilidade em que a pessoa doente se encontra é simultaneamente vivida pela família em que se insere. Verifica-se que todos são afetados, que a situação de doença é um assunto que desejam afastar pela fragilidade que lhes traz, individualmente e coletivamente. A vivência de processos de transição saúde-doença revela-se altamente marcante pelas mudanças significativas encontradas não só a nível individual, mas também na dinâmica familiar. Passam, subitamente, de uma vivência quotidiana de situação de saúde e estabilidade para uma situação de doença, com tudo que daí advém. Para a família da pessoa em situação crítica, a hospitalização acarreta um conjunto de necessidades complexas, uma vez que existe uma mudança súbita de um estado de saúde para um estado de doença, alterando a qualidade de vida, as rotinas, os papéis e as realizações pessoais. A integridade da família fica, assim, ameaçada pela separação, pelo medo de perda e pelo próprio ambiente da UCI. A complexidade deste evento vai provocar uma alteração na dinâmica familiar, afetando os padrões de interação, alterando as perspetivas futuras, provocando novas necessidades e sentimentos, bem como conduzindo a mudanças e reestruturações familiares.

A capacidade de cada família superar a situação de crise gerada pelo internamento depende, não só da perceção que a família tem da situação de doença e da crise que estão a atravessar, mas também dos mecanismos intrínsecos e extrínsecos que dispõe para lidar positivamente com a situação.

Num primeiro contacto as UCI's apresentam um ambiente hostil quer para a pessoa em situação

crítica, quer para o seu familiar, pois caracteriza-se por um espaço fechado e complexo, tecnológico, com a permanência de pacientes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é na sua maioria reservado. É um ambiente não familiar, de alta tecnologia, com ausência de iluminação natural, com ruídos sonoros monótonos provenientes de alarmes e de terapia intensiva que desgasta e contribui para o aumento da ansiedade e do medo da pessoa em situação crítica e também dos seus familiares, condicionando a interação profissional de saúde/doente/família.

Segundo Castro (2016, p.48), “o internamento em UCI é sempre uma situação de crise em que a integridade da família fica ameaçada pela separação, é um acontecimento normalmente abrupto e inesperado, assustador para os familiares implicando sofrimento e mudanças na vida quotidiana, enfrentando novos desafios”. O ambiente tecnológico da UCI e o estado crítico dos doentes contribuem para que a família fosse considerada um interveniente pouco importante na recuperação do doente, sendo o foco de atenção do profissional de saúde constituído unicamente pelo doente. Contudo, numa perspetiva holística dos cuidados, se se atender que o indivíduo se apresenta como um ser social, o foco de atenção não pode ficar limitado ao ser único, tem que integrar o todo da pessoa, sua família. Assim, novas exigências se colocam aos cuidados, quer na avaliação inicial, quer na intervenção. Devido a estas novas exigências a nível dos cuidados de saúde, o foco de atenção do profissional de saúde tem vindo a mudar, deixando de se centrar unicamente no doente para passar a incluir a unidade familiar.

A hospitalização de um doente é para a sua família uma vivência stressante. Durante a hospitalização a família está sujeita a múltiplos fatores de stress tais como o ambiente hospitalar, a equipa de saúde e a linguagem técnica, que aliados à separação física do doente, causam sentimentos de medo, irritação e mesmo de culpa.

Se a hospitalização for por doença grave e consequentemente internamento em cuidados intensivos, torna-se particularmente difícil para a família, pois esta é, frequentemente, uma situação inesperada e imprevista, existindo incerteza quanto ao prognóstico e havendo uma forte possibilidade de o doente falecer. Esta é, então, uma situação de crise emocional que rompe o equilíbrio e as rotinas familiares.

Face à doença crítica e consequentemente admissão em UCI, a família tem necessidade de entender o que está a acontecer e compreender o seu novo papel de cuidadora. Ignorar estas necessidades pode dificultar, ou mesmo impedir a capacidade de coping familiar perante esta situação. Se a família receber cuidados estruturados de modo a compreender o que aconteceu e perceber o que

pode fazer na atual situação, a família sentir-se-á mais saudável e capaz de enfrentar a situação de uma forma mais positiva.

Cuidar da família é algo complexo, mas muito importante para um cuidar global, que deverá ser personalizado e alicerçado nas suas necessidades reais, e para o profissional de saúde dar uma resposta eficaz, necessita, além de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, de estabilidade emocional.

A Medicina Intensiva abriu novos caminhos de cura e de aumento da esperança média de vida. Contudo, mesmo com a utilização de todos os recursos terapêuticos disponíveis, é muito comum encontrar doentes sem possibilidade de cura, sendo inevitável o processo de morte.

De acordo com Santos (2019, p.52), “numa era marcada pela tecnologia, a humanização da enfermagem e da medicina, e das restantes profissões ligadas à saúde, implica um esforço contínuo em vários níveis”. Em termos da formação académica é necessário que o ensino de enfermagem e medicina se foquem intensivamente na dimensão humana e nas relações interpessoais. É essencial um forte investimento na formação Ética, Deontológica e Jurídica dos profissionais de saúde que lhes permita aplicar as normas já existentes aos reais e complexos casos com que lidam no seu dia-a-dia, de forma a alcançar uma maior humanização nos cuidados de saúde. É impensável falar-se em cuidados de saúde, sem falar na humanização dos cuidados.

Segundo Hesbeen (2000, p.100), a arte do cuidar é subtil, pois consiste em “adequar conhecimentos estabelecidos em geral, a uma pessoa em particular, na sua situação singular”, ou seja, procura-se ajustar os saberes gerais à situação de vida de uma única família e isto é que traduz a complexidade, mas também a grandeza da prática dos cuidados.

Apesar de cada família procurar reorganizar-se é importante a atenção e as intervenções da equipa multidisciplinar, que deve ser apropriada às características individuais de cada família, de modo a identificar as suas necessidades concretas no ambiente de cuidados intensivos.

Como refere Santos (2019, p.54), “cuidar do outro exige novas formas de pensar e agir, realçando uma maior valorização da componente humana, a par do desenvolvimento tecnológico”. Humanizando o cuidado, toda a equipa de saúde será beneficiada, incluindo o doente e a família. O cuidado não se restringe somente à técnica, no fazer, mas também no sentido de ser, de expressar uma atitude, pois existe uma relação entre a equipa, doente e família.

O processo de humanização nos cuidados de saúde é um tema que exige muita reflexão, pois a integralidade da assistência não envolve unicamente o doente, mas também a família, a equipa multidisciplinar e o ambiente onde todas as ações se estabelecem.

O profissional que trabalhe com o doente crítico depara-se muitas vezes com um ambiente instável, onde as forças de vida e morte, humana e tecnológica se encontram numa luta permanente. É de salientar o cuidar e não apenas o curar, muitas vezes associado ao doente crítico.

Perante este contexto e estas características específicas das UCIs, o trabalho em equipa torna-se crucial. A complexidade das situações apresentadas pela pessoa em situação crítica, o desenvolvimento tecnológico e a explosão e fragmentação do conhecimento das UCIs, dão origem a que nos nossos dias seja impossível trabalhar isoladamente. Apesar de todo este ambiente altamente tecnológico, não é dispensada a humanização de cuidados prestados, demonstrado pela atitude relacional dos profissionais com o doente e famílias.

Segundo Pereira (2008, p.17), “as relações interpessoais fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde, numa lógica de atendimento das necessidades de pessoas únicas, que precisam de alguém que as cuide e trate”.

Para Sequeira (2016, p.52), “os profissionais de saúde devem possuir um conjunto de competências básicas de comunicação”. Saber usar a comunicação verbal e a comunicação não verbal; conhecer as regras que devem nortear uma entrevista; saber observar um doente; saber utilizar o espaço e os contextos de saúde para promover mudanças; saber gerir as emoções de forma adequada na presença de outras pessoas/doentes; conseguir ajudar os outros a lidar com situações adversas; saber transmitir um conteúdo informativo; saber gerir conflitos nas equipas. Associado às competências comunicacionais, é necessário que o profissional de saúde se aproprie de um conjunto de técnicas, de modo a poder utilizá-las de forma efetiva nos contextos de saúde, atuando com empatia, assertividade, aceitação, etc.

Na opinião de Silva (2020, p.39), “a comunicação tem um papel importante na readaptação da família à realidade de ter um membro internado numa UCI, é importante que haja uma preocupação por parte da equipa em adquirir estratégias facilitadoras para o processo que capacita a família para esta nova realidade”.

Segundo Nunes (2016, p.79) “os profissionais de saúde não têm como único objetivo manter índices fisiológicos, mas também cuidar de uma pessoa”.

Santos (2019, p.26), refere que o cuidar numa UCI “inclui a busca de cura, mas não só, inclui também o saber lidar com a morte do doente em estado crítico, e da sua família, sem nunca esquecer a responsabilidade e dever do cuidado consigo próprio, como ser humano, que se depara diariamente com a morte”.

## **2.1 A comunicação de más notícias**

A comunicação de más notícias “continua a ser uma das situações mais difíceis e complexas das relações interpessoais, não só pela gravidade das situações a que diz respeito, mas também pela controvérsia que ainda existe de quem, do quê e de como da informação a proporcionar aos doentes/famílias” (Pereira, 2008, p.78). A transmissão de más notícias provoca perturbação na pessoa que a transmite e na pessoa que a recebe, gerando sentimentos de insegurança e medos em ambas as partes, podendo mesmo afetar o processo de comunicação. “Os profissionais de saúde têm de estar preparados pois, para além de planear e gerir estes momentos, têm também de gerir os próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família” (Idem, p.78).

Pereira (2008, p.30), refere que “é difícil definir o conceito de más notícias no contexto de saúde. Por vezes os profissionais tendem a atribuir um significado à má notícia sem atender aos aspetos significativos da pessoa, desvalorizando assim a notícia a transmitir”. A gravidade da notícia deve ser atribuída pela pessoa que vive determinada situação e mediante o impacto na sua vida. Desta forma, a autora considera que a má notícia é aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo.

Para Sequeira (2016, p.215), uma má notícia consiste em “qualquer informação que envolva uma mudança drástica na pessoa que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva no futuro, afetando assim os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica familiar, pessoal e social”.

A má notícia é toda a notícia que modifica radicalmente e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro. Quanto maior a distância entre as expectativas do doente e a realidade médica, pior parecerá a notícia.

A má notícia “é uma mensagem que tem o potencial de destruir sonhos e esperanças, leva a uma mudança do estilo de vida de uma pessoa e a um futuro diferente” (Edwards, 2010, p.495).

Na opinião de Cardoso (2019, p.226), “o processo de comunicação de más notícias causa sofrimento não apenas ao doente que a recebe, mas também ao profissional de saúde que, em regra, tem dificuldade em discutir prognósticos e opções de tratamento quando o diagnóstico é pouco favorável, porque se vê confrontado com a sua própria finitude e capacidade limitada de resposta”. Todas as más notícias provocam sofrimento e a forma como estas são comunicadas podem

amenizá-lo. Assim, o profissional de saúde não deve adotar uma atitude de repressão ou contestatória, mas sim, uma atitude de ajuda, devendo estar preparado para lidar com as eventuais reações do indivíduo.

Como refere Nunes (2016, p.52), a comunicação de más notícias “pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde, por exemplo, relacionados com o que dizer, como, quando, onde, com quem”, por isso há que desenvolver estas competências de deliberação ética e de informação e comunicação dos profissionais de saúde e na prática clínica.

Uma má notícia pode ser transmitida de forma direta ou indireta. Embora o modo indireto tente atenuar o impacto que a notícia terá, não deve ter como objetivo encobrir a mesma, mas sim transmiti-la de uma forma mais positiva.

Segundo Cardoso (2019, p.217), “dar resposta às emoções do doente é provavelmente a tarefa mais difícil da comunicação de más notícias. As reações emocionais são vastas e podem incluir silêncio, descrença, choro, negação, raiva, culpa, medo, desespero, esperança e mesmo aceitação”.

A forma como se comunica uma má notícia é fundamental para a sua aceitação por parte do paciente/família. A má notícia está associada a um forte impacto psicológico, pois quem recebe uma má notícia dificilmente esquece esse momento, quem a comunicou, onde e como ela foi comunicada. Embora não existam receitas fáceis para comunicar más notícias, a disponibilidade, a escuta e a escolha certa dos termos a utilizar desempenham um papel fundamental neste processo. Como refere Cardoso (2019, p. 223), “a comunicação de más notícias tem habitualmente uma componente emocional muito forte. As emoções são identificadas e validadas à medida que vão surgindo, de forma empática, transmitindo o profissional de saúde, sempre que apropriado, que percebe que ele esteja a sofrer e que não está sozinho, que tem ajuda”. Para o mesmo autor, “a mistura de reações que surge após o desvendar de uma má notícia é influenciada não apenas pela notícia em si, mas sobretudo pelo acumular de experiências pessoais e familiares que determinam a individualidade do sujeito”.

Em cuidados intensivos a comunicação de más notícias é um aspeto essencial da atuação do enfermeiro, uma vez que este se constitui como um suporte para a família. Esta sofre alterações significativas no seu bem-estar, derivadas da situação, mas também do contexto onde tudo decorre. Comunicar conforta a família, diminuindo os seus medos quando percebem que os seus familiares são bem cuidados, melhorando assim a satisfação das famílias, dos profissionais e dos doentes.

Todo o processo é um desafio para os profissionais envolvidos, quer pela gravidade da situação em caso de doença, quer pela situação de morte, pelo que a comunicação de más notícias não deve ser

um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão.

De acordo com Gonçalves (2014, p.56), “a comunicação de más notícias deve ser vista como uma atividade multidisciplinar que requer a participação ativa dos vários profissionais de saúde, tendo estes o dever de trabalhar em equipa respeitando as competências de cada um”. Comunicar uma má notícia é demasiado complexo e não se cinge a um único momento nem a um único profissional. Para a mesma autora, para que uma equipa funcione deve verificar-se: “a partilha de objetivos comuns; a compreensão e aceitação dos papeis e funções de cada um; a existência de recursos humanos e materiais suficientes; a cooperação ativa e confiança mútua; liderança adequada e eficaz; rede de comunicação circular, aberta, multidirecional; mecanismos de feedback e de avaliação” (Idem, p.56).

Quem deve dar as más notícias, habitualmente, deve ser o profissional de saúde responsável pelo doente, com quem este tenha estabelecido uma relação de confiança e que esteja disponível para responder às questões colocadas após a tomada de conhecimento. No caso de estar presente mais que um profissional de saúde, a informação deve ser coordenada a um ritmo que o doente/família possa acompanhar. Dar informação ao doente sempre de acordo com as suas necessidades pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medo e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação.

Segundo Pereira (2008, p.90), “não existe uma norma para comunicar más notícias, pois cada um tem as suas particularidades e características próprias, pelo que a situação do profissional deve ser adaptada a cada caso. O profissional de saúde deve preparar-se para responder às questões da pessoa/família de forma adequada, respeitadora e honesta”. Deve ter em conta a fragilidade de cada pessoa, os seus anseios e angústias, incluindo a recusa e a incapacidade de saber a verdade objetiva. O profissional deve criar um ambiente de confiança e adaptação. A notícia deve ser dada de forma gradual, clara e aberta, adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidades de saber manifestada pela pessoa e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões.

Para Pereira, Fortes e Mendes (2013, p.228), “o ato de informar não é simples, principalmente se a informação é uma má notícia, constituindo-se num dilema ético para os profissionais de saúde”. Esta deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: Princípio da Beneficência, Princípio da Autonomia, Princípio da Justiça e Princípio da Não Maleficência. Estes são aplicados de acordo com a especificidade de cada situação, os valores implícitos em cada um deles e o respeito pela dignidade da pessoa e pela sua autonomia.

A constante evolução da sociedade e consequentemente o aumento das necessidades de saúde das populações, assim como a maior exigência da parte delas relativamente à qualidade dos cuidados que lhes são prestados, teve como resposta a regulamentação e controle do exercício profissional dos enfermeiros através da criação da Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos Médicos e posteriormente do Código Deontológico. Os princípios éticos designam normas gerais de conduta. A sua descrição pretende valorizar a sua importância absoluta e alertar os profissionais no sentido de reforçarem a influência destes valores nas decisões. O Princípio da Dignidade é um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos, em virtude da sua personalidade. Cada Ser Humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade. O que caracteriza a pessoa e a dota de dignidade especial é exatamente ser um fim em si mesmo. Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde são pessoas com direitos e deveres, que deverão ser considerados com todo o respeito pela sua liberdade individual e pela sua vida privada. As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio efetivo que os entes significativos podem dar ao doente. Nas situações familiares mais complicadas, em que existam conflitos familiares, têm de ter alguma ponderação e avaliar caso a caso.

O Código Deontológico dos Médicos (Regulamento nº707/2016) no artº19º consagra o seguinte: “o doente em o direito a receber e o médico o dever de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença...”.

O Código Deontológico dos Enfermeiros no seu artº84 da Lei nº111/2009 de 16 de Setembro confirma o dever de informar: “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”.

Atualmente, evolui-se para uma ética centrada na dignidade da pessoa e no seu direito à liberdade de autodeterminação. Assim, a mudança da realidade social, onde as pessoas conquistaram maior autonomia a nível educacional, contribui para uma maior procura e exigência de informação por parte dos doentes, atribuindo-lhes um papel mais ativo e participativo, onde aspetos relacionados com a saúde deixam de ter como foco o médico e passam a ter o doente, e a equipa multidisciplinar começa a ganhar sentido.

Para Sequeira (2016, p.46), nos serviços de saúde, atendendo à complexidade das diversas situações, o trabalho em equipa é fundamental, pelo que uma boa comunicação tem vantagens para os profissionais e para os utentes, pois é determinante para o bem-estar, satisfação e diminuição do stress dos profissionais bem como para proporcionar uma melhor resposta aos utentes.

É comum atribuir-se ao médico a responsabilidade de transmitir as más notícias, apesar da



comunicação ser um processo e não como um só momento, sendo fundamental o papel do enfermeiro na transmissão de más notícias, pois passa a preparar o doente e família para a má notícia, identifica as suas necessidades de informação, promove a compreensão da mesma, bem como a sua situação de saúde, esclarecendo dúvidas e assegurando um contínuo.

É fundamental, além da comunicação verbal e efetiva da notícia, dar resposta às reações emocionais do doente e da sua família, promover o envolvimento na tomada de decisão, lidar com as expectativas e valorizar o papel da esperança face a uma situação de prognóstico reservado. Estas etapas têm como objetivo ajudar o profissional de saúde, mas é importante lembrar que cada pessoa é única e detentora de necessidades multifatoriais (fisiológicas, segurança, relacionamento, estima e realização pessoal), pelo que qualquer protocolo deve ser ajustado e adaptado àquele a quem se dirige.

A exploração de saberes na área das más notícias permite a construção de protocolos que constituem uma série de atitudes e comportamentos que suportam uma intervenção humana e facilitadora quer para o profissional de saúde, quer para o doente ou família.

Os modelos de comunicação surgem como uma ferramenta nestas tarefas. Sugerem que o profissional se prepare previamente para a reunião com o doente/família, percebendo aquilo que estes sabem ou não sobre a situação, avaliando aquilo que querem ou não saber, mantendo um discurso simples e direto, tendo sempre em conta a pessoa em todas as suas dimensões e necessidades.

São igualmente importantes os momentos de dar espaço e tempo para absorver informação que lhe está a ser transmitida e fornecer apoio e espaço para o esclarecimento de todas as suas dúvidas. Durante a comunicação de más notícias é fundamental ter em atenção as várias dimensões da comunicação, dando relevo à manifestação não verbal, que tantas vezes não está de acordo com o que é transmitido verbalmente, por ambos os interlocutores.

A arte de comunicação de más notícias exige aprendizagem. Neste sentido, foram desenvolvidos por alguns autores protocolos (SPIKES, NURSE, PACIENT, ABCDE), que visam essencialmente, estabelecer um conjunto de etapas sequenciais que devem ser implementadas de forma a facilitar a comunicação da má notícia e a diminuir o seu impacto negativo no doente e família. Um desses protocolos foi desenvolvido por Buckman (1994), e foi designado por Protocolo SPIKES. Divide-se em seis etapas e constitui-se um guia orientador para os profissionais de saúde ao comunicar uma má notícia.

- **S (Setting) - Preparar a reunião:** o ambiente deve proporcionar privacidade,

conforto, tranquilidade e disponibilidade. Minimizar a possibilidade de interrupções. Não deve existir barreiras entre o emissor e o recetor. Manter o contacto visual e usar o toque adequadamente. Evitar a transmissão com linguagem corporal. Demonstrar empatia e respeito.

- **P (Perception) - Avaliar a percepção do doente e família:** verificar a percepção do doente/família em relação à situação. Perceber a existência de situações de negação, pensamento mágico ou expectativas não realistas do tratamento.
- **I (Invitation) - Convidar para o diálogo:** o profissional deve inteirar-se sobre o desejo de informação. O doente/família podem ser questionados diretamente sobre o que querem saber.
- **K (Knowledge) - Transmitir informação:** dar a entender ao doente/família que se avizinha más notícias pode prepará-los. A sua receção e compreensão necessitam de ser validadas frequentemente.
- **E (Emotions) - Abordar as emoções do doente empaticamente:** reconhecer as emoções e reações do doente/família e responder-lhes adequadamente.
- **S (Strategy and summary) - resumir e organizar estratégias:** resumir as informações numa linguagem acessível delineando um plano claro para o futuro.

O Método NURSE é outro protocolo útil para responder e aceitar a angústia emocional dos pacientes. É constituído por cinco fases e também cada letra corresponde a uma fase da sequência:

- **“Naming”** – É uma maneira de mostrar sensibilidade ao sofrimento do paciente;
- **“Understanding”** – Ter uma compreensão clara dos medos do paciente e preocupações permite ao profissional de saúde dar respostas verdadeiramente empáticas;
- **“Respecting”** – Tratar o paciente com respeito e dignidade é essencial para estabelecer uma empatia com relacionamento recíproco;
- **“Supporting”** – Consiste em apoiar a capacidade de lidar do paciente com a situação. Fornecer informações sobre os recursos disponíveis, recomendar grupos de apoio que podem ajudar e impedir que os pacientes se sintam abandonados;
- **“Exploring”** – Consiste em dar permissão e oportunidade aos pacientes para compartilharem as suas emoções e preocupações, através da solicitação de perguntas diretas e esclarecimentos sobre as respostas anteriores.

Um outro protocolo designa-se de PATIENT, tem por base uma mnemónica e é constituído por sete passos com base na palavra que dá nome ao protocolo:

- **(P)Preparar-se** – O médico deve munir-se de toda a informação relevante, tal como exames laboratoriais, clínicos e de imagem. O ambiente deve também ser preparado para a comunicação da má notícia, por forma a garantir a privacidade e o conforto;
- **(A)Avaliar** quanto a pessoa cuidada sabe sobre a sua doença;
- **(C)Convite à verdade** – Aplicar um questionário pré-definido por forma a suscitar a curiosidade e o “querer saber” por parte da pessoa cuidada;
- **(I)Informar** de forma clara e inteligível tendo em conta o nível cultural e a idade da pessoa cuidada;
- **(E)Emoções** – Lidar com as emoções da pessoa cuidada, considerando as diferenças étnicas;
- **(N)Não** abandonar a pessoa cuidada. Oferecer continuidade de cuidados;
- **(T)Traçar** uma estratégia. Envolver a pessoa cuidada valorizando a autonomia e individualidade nas decisões.

O Protocolo ABCDE é outro dos apoios para a comunicação de más notícias:

- **A – “Advance Preparation”** – Preparação;
- **B – “Build a Therapeutic Environment”** – Criar um ambiente terapêutico;
- **C – “Communicate well”** – Comunicar adequadamente;
- **D – “Deal with Patients Reactions”** – Conseguir gerir as emoções do doente;
- **E – “Encourage and Validate Emotions”** – Permitir a expressão de emoções e validar as mesmas.

Como refere Santos (2019, p.57), apesar da sociedade se encontrar cada vez mais despersonalizada, “continua a esperar dos profissionais de saúde, uma prestação de cuidados com qualidade e competência, privilegiando um cuidado individualizado, de forma a darem uso às suas habilidades

e conhecimentos, e acima de tudo colocar todo o seu saber e experiência ao dispor da pessoa em situação crítica ou em fim de vida”.

Concluído o enquadramento teórico onde fizemos uma abordagem aos eixos estruturantes da temática que nos propusemos estudar, no capítulo que se segue, vamos descrever o percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo.

**CAPÍTULO II**  
**PERCURSO METODOLÓGICO**

Segundo Fortin (2009), a pesquisa científica cumpre dois propósitos fundamentais que são produzir conhecimento e teorias (pesquisa básica) e resolver problemas (pesquisa aplicada). Para esta autora é “a ferramenta para conhecer o que nos rodeia e o seu carácter é universal. A delimitação da metodologia é uma tarefa que requer reflexão, uma vez que dela advirá uma maior ou menor validade dos resultados conseguidos, bem como o nível de fiabilidade dos mesmos” (Idem, p21). Na sua opinião constitui-se como um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos e como um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação.

Neste sentido, iremos proceder à descrição do percurso metodológico que orientou este trabalho, desde a problemática aos objetivos da investigação, o tipo de estudo, o contexto e participantes, as estratégias de recolha e análise de dados e as considerações éticas inerentes a todo o processo.

## **1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS**

Formular o problema não é nada mais que “aprimorar e estruturar formalmente a ideia da pesquisa. A passagem da ideia para a formulação do problema muitas vezes pode ser imediata, quase automática, ou também levar uma quantidade considerável de tempo” (Sampieri, 2013, p.61). Ainda segundo este autor, os objetivos indicam o que pretendemos com a pesquisa e devem ser apresentados com clareza, pois são o “farol” norteador do estudo.

Como referido anteriormente, a comunicação, nomeadamente, a de uma má notícia à família de uma pessoa em situação crítica, é uma constante no quotidiano dos profissionais de saúde e constitui-se quase sempre numa situação difícil e complexa, pois há que lidar com as reações físicas e emoções por parte da pessoa /família e do próprio profissional de saúde.

O profissional de saúde além de gerir esta situação, depara-se com os seus próprios medos e receios face à doença e mesmo à morte, sentindo a “sensação de espelho”. Muitos profissionais consideram estas interações stressantes e na ausência de treino eficaz podem adotar formas inapropriadas de transmitir más notícias e lidar com as suas repercussões emocionais.

Esta realidade levou à questão de partida deste estudo: **“Qual a perceção e as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente?”**. Esta questão conduz-nos a um objetivo geral e norteador: Conhecer a perceção e as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em

contexto de uma UCIP.

Para dar resposta a este objetivo geral delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde ao conceito de má notícia;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde ao comunicar uma má notícia;
- Identificar o tipo de má notícia mais frequentemente comunicada;
- Perceber o modo como é comunicada uma má notícia;
- Identificar os fatores que interferem na comunicação de más notícias;
- Identificar as estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias;
- Descrever as práticas dos profissionais na comunicação de más notícias.

Perante a problemática e os objetivos delineados para o estudo, foram seguidos os seguintes procedimentos metodológicos que passamos a descrever.

## **2. TIPO DE ESTUDO**

Considerando o anteriormente exposto e face aos objetivos preconizados para este estudo, optamos por uma abordagem qualitativa de natureza exploratória-descritiva.

A pesquisa qualitativa utiliza a colheita de dados sem medição numérica para descobrir ou aprimorar perguntas de pesquisa no processo de investigação. Nesta pesquisa as etapas a serem realizadas interagem entre si e não seguem uma sequência rigorosa. Na maioria dos estudos qualitativos as hipóteses não são testadas, são construídas durante o processo e vão sendo aprimoradas conforme mais dados são recolhidos, ou são um resultado do estudo. Esta pesquisa proporciona profundidade aos dados, dispersão, riqueza interpretativa, contextualização do ambiente, detalhes e experiências únicas.

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 refere ainda que “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.31). Para a mesma autora, as pesquisas surgem de ideias, não importando o tipo de paradigma que fundamenta o nosso estudo nem o tipo de pesquisa que iremos seguir. As ideias são o nosso primeiro contacto com a realidade objetiva (do ponto de vista qualitativo) ou a realidade intersubjetiva (a partir da visão mista) que deverá ser pesquisado.

Como refere Freixo (2018, p.173), o objetivo da investigação qualitativa “é descrever ou interpretar, mais do que avaliar”. Aqui o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Este mesmo autor acrescenta que a investigação qualitativa apresenta cinco principais características: a situação natural constitui a fonte de dados, sendo o investigador um instrumento chave da recolha de dados; a sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados; a questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final; os dados são analisados indutivamente, como se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle; diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao “porquê” e ao “quê”.

Segundo Fortin (2009), o nível I, a descoberta de fatores, consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória-descritiva. Neste nível, coloca-se a tónica na definição e classificação de conceitos. A teoria é descritiva, descrevem-se os fatores depois de se terem isolado para os denominar. Na investigação de nível I é utilizada uma abordagem geral para colheita de dados: observações não estruturadas, entrevistas estruturadas ou não estruturadas ou questionários. Os dados são analisados e os resultados são relatados de forma descritiva, a fim de realçar os conceitos definidos.

O presente estudo insere-se na categoria de estudo exploratório-descritivo. Segundo Sampieri (2013, p.99), a pesquisa exploratória “tem como objetivo examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, sobre o qual se tem dúvidas e familiarizar-se com o tema para obter informações para realizar uma pesquisa mais completa, pesquisar novos problemas, identificar conceitos e variáveis promissoras, estabelecer prioridades para pesquisas futuras ou sugerir afirmações ou postulados”. Já a pesquisa descritiva, na opinião da mesma autora, procura especificar as propriedades, as características e os perfis das pessoas, grupos, comunidades, tendo como utilidade mostrar com precisão as dimensões de um fenómeno, acontecimento, comunidade. Neste caso específico a perceção e as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias numa UCIP.



### **3. O CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Neste ponto vamos apresentar o contexto onde se realizou o estudo e a seleção dos participantes do estudo.

#### **3.1 O Contexto**

Para Freixo (2018, p.173), “os acontecimentos devem estudar-se em situações naturais, ou seja, integrados no terreno”. Os acontecimentos só podem compreender-se se compreendermos a perceção e a interpretação feitas pelas pessoas que nela participam. Para o mesmo autor, “o contexto pretende situar o ambiente natural (por oposição aos estudos laboratoriais) onde o estudo terá lugar, significando que esses estudos se efetuam em qualquer lugar, mas fora dos lugares altamente controlados como são os casos dos laboratórios” (Idem, p.210).

O contexto e o meio selecionado para este estudo é uma UCIP enquadrada numa instituição hospitalar de referência da região norte. A escolha deste local prendeu-se com o facto de ser um local que reúne as condições para dar resposta ao objetivo de estudo, bem como por ser o local onde exerço a minha atividade profissional, facilitando o acesso e a recolha de dados, e dando, deste modo, contributos para o meu próprio contexto de trabalho. Deste modo, a pesquisa será feita em meio natural que consiste em estudos efetuados fora de ambientes controlados, onde é essencial assegurar que o meio é acessível, é obtida a colaboração e a autorização necessária da comissão de investigação e ética.

A UCI a que nos reportamos possui uma lotação de 12 camas e é uma unidade polivalente, caracterizada por um conjunto de recursos técnicos e humanos que permitem a prestação de cuidados especializados a doentes em situação crítica, independentemente da sua patologia. É uma unidade que possibilita uma vigilância contínua dos doentes, uma prestação adequada de cuidados, facilitando o trabalho da equipa multidisciplinar e possibilitando um bom funcionamento do mesmo. Vigora a metodologia individual de trabalho em que cada enfermeiro é responsável, no máximo, por dois doentes. Esta distribuição, habitualmente, é feita por um mês, o que permite ao profissional ter um conhecimento aprofundado do doente, da sua evolução clínica e respetiva família. Relativamente à equipa médica, durante a manhã permanecem três médicos seniores, durante a tarde são dois, e um deles faz permanência durante a noite. A equipa multidisciplinar é

composta por 8 médicos, 12 assistentes operacionais, 53 enfermeiros, dos quais 20 possuem a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 possuem a especialidade de Reabilitação. Dois enfermeiros estão a exercer funções de reabilitação, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica que não está na prestação direta de cuidados, o enfermeiro chefe, 1 enfermeira da consulta do Follow-up e os restantes estão na prestação direta de cuidados.

Anteriormente ao COVID, a visita dos familiares era diária, com um horário estabelecido (16h-20h). Neste período de pandemia, a visita não é presencial, exceto nos casos de internamentos mais prolongados e em situações de maior gravidade. O contacto diário é feito por telefone, geralmente no período da tarde pelo enfermeiro ou médico responsáveis pelo doente e é dada a conhecer a evolução clínica do doente. Nas situações em que é necessária visita presencial, é combinado com o familiar de referência a vinda ao serviço, por vezes com mais de um familiar. O encontro é feito num espaço próprio, com médico e enfermeiro presentes e é comunicada a evolução e decisões tomadas para o seu familiar.

### **3.2 Os Participantes**

No decurso da fase da conceptualização, o investigador formulou o problema de investigação e precisou o quadro de referência para servir de base ao seu estudo. Não considerou somente o fenómeno em estudo, mas também as fontes de dados ligados a esse mesmo fenómeno, isto é, a população sobre a qual realizará o seu estudo. Uma população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população interna esteja representada.

Para Freixo (2018, p.209), população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” e a amostra “é constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, consistindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada” (Idem, p.210).

Neste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, aleatória que de acordo com Freixo (2018,

p.211), “é uma amostra probabilística em que se escolhem os elementos de um conjunto segundo técnicas que permitem a cada elemento ter uma probabilidade igual de fazer parte da amostra”.

Assim, participaram neste estudo médicos e enfermeiros que obedeceram aos seguintes critérios de seleção: que façam parte do serviço, que estejam na prestação direta de cuidados e que aceitem participar no estudo.

Relativamente à dimensão da amostra e segundo Sampieri (2013, p.411), “o tamanho da amostra não é importante do ponto de vista probabilístico, porque o interesse do pesquisador, não é generalizar os resultados do seu estudo para uma população mais ampla”.

E também como refere Fortin (2009, p.299), “na investigação qualitativa o número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10), mas pode ser maior se se estuda um fenómeno complexo ou se se elabora uma teoria”. De um modo geral o número de participantes é determinado pela saturação dos dados.

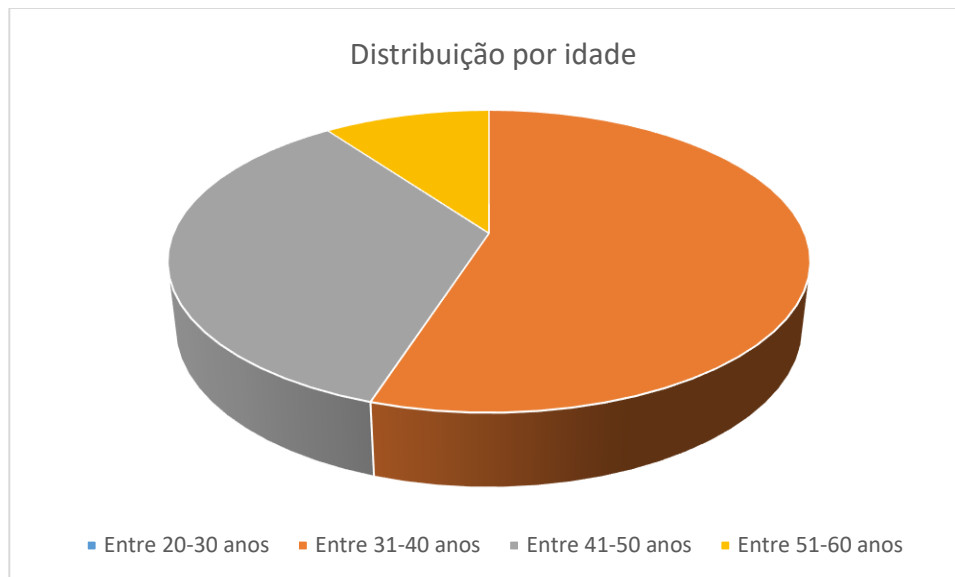
Neste estudo participaram 20 elementos, profissionais de saúde.

### **3.2.1 Caracterização dos Participantes**

Participaram neste estudo 20 profissionais de saúde, 5 médicos e 15 enfermeiros, que exercem funções na UCIPU. Os participantes do estudo foram caracterizados relativamente à idade, áreas de especialidade, tempo de atividade profissional e tempo de exercício profissional em cuidados intensivos.

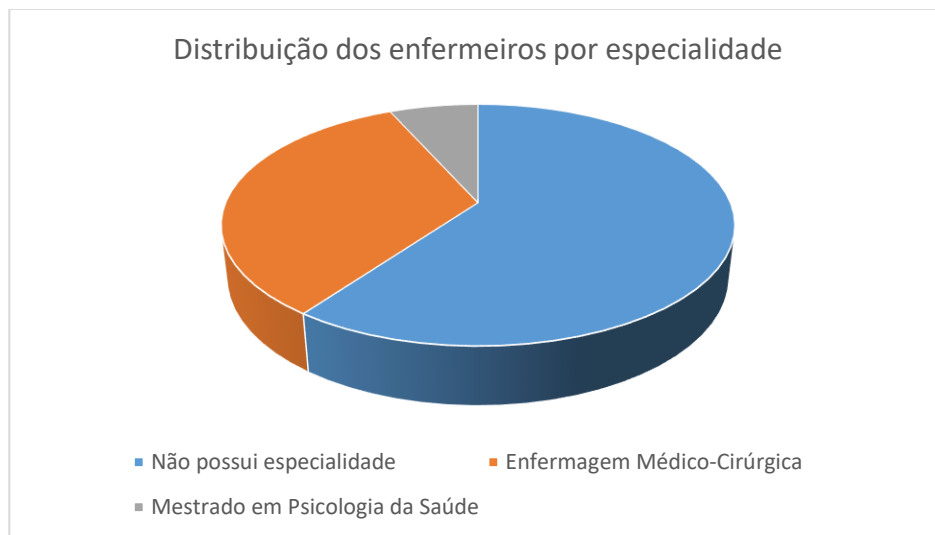
Relativamente à idade, como podemos observar no gráfico 1, a maioria dos profissionais (55%), encontra-se na idade compreendida entre os 31 e 40 anos, sendo que 35% se encontra no intervalo entre os 41 e 50 anos. Dois dos participantes (10%), têm entre 51 e 60 anos. Podemos então concluir que é um grupo com alguma experiência profissional.

**Gráfico 1** - Distribuição por idade



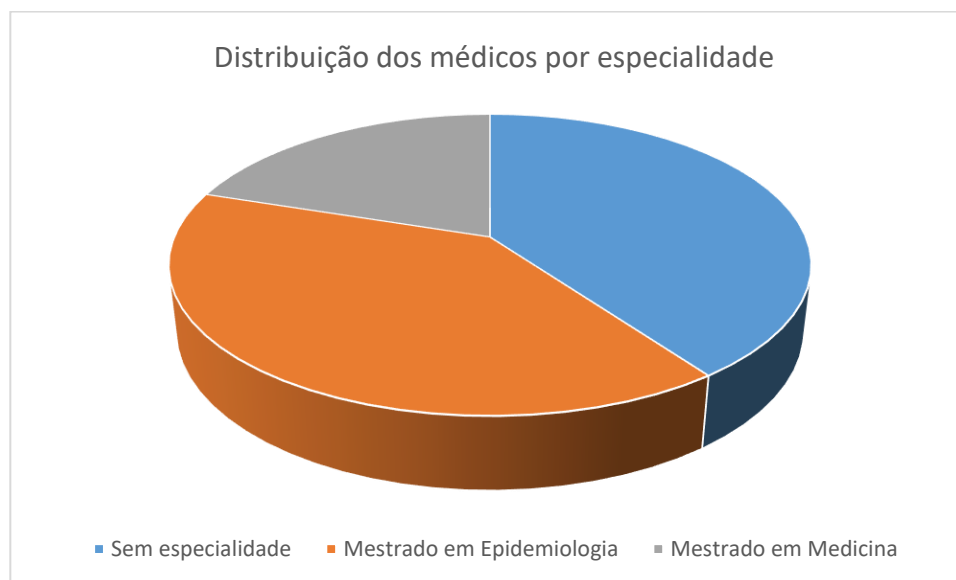
No gráfico 2 apresentamos as especialidades dos enfermeiros, sendo que nove deles (60%) não possui especialidade, cinco (33%) possuem especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um deles (7%) possui Mestrado em Psicologia da Saúde.

**Gráfico 2** - Distribuição dos enfermeiros por especialidade



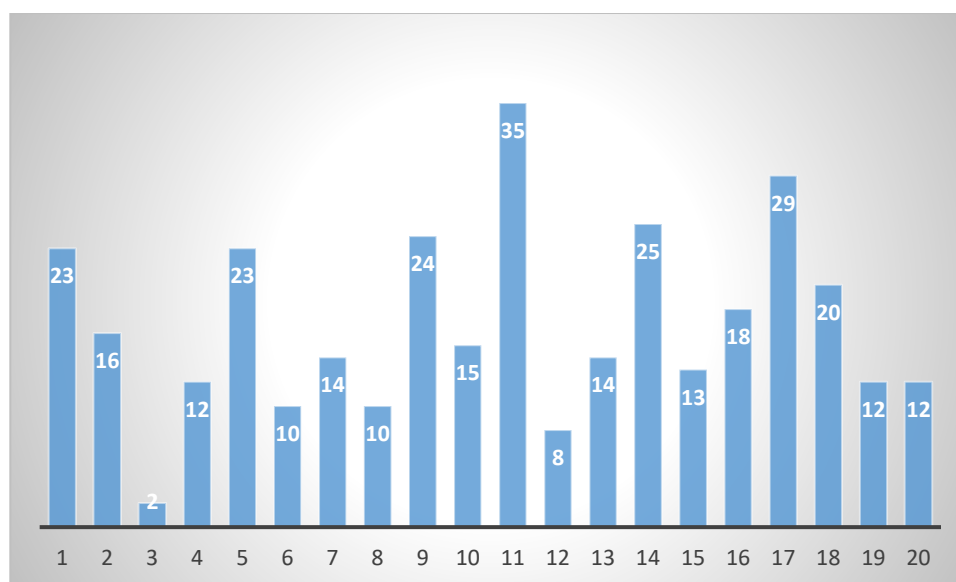
Relativamente às especialidades dos médicos que participaram no estudo, dois deles (40%) não possuem especialidade, dois (40%) possuem Mestrado em Epidemiologia e um deles (20%) possui Mestrado em Medicina, como constatamos no gráfico 3.

**Gráfico 3** - Distribuição dos médicos por especialidade



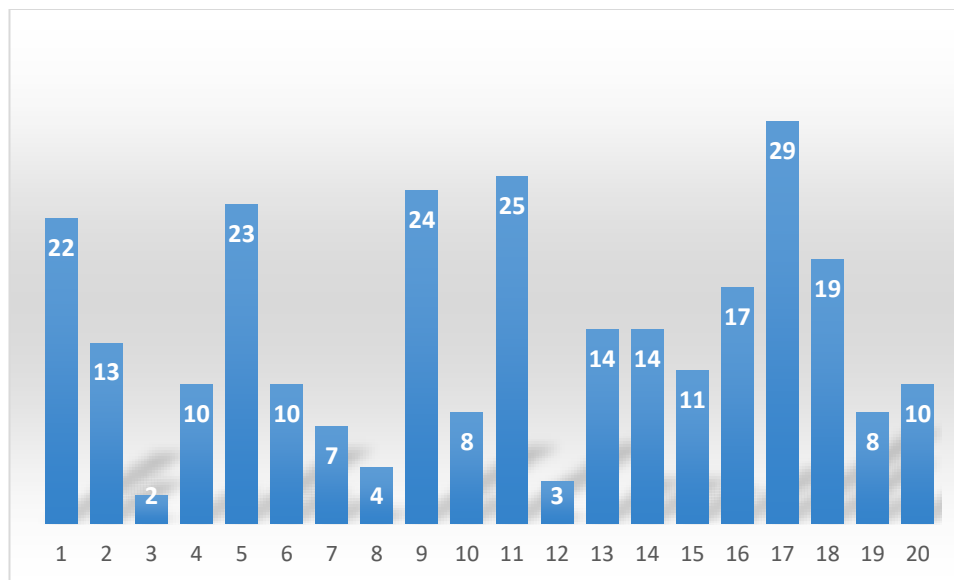
Ao analisar o gráfico 4 podemos observar que o tempo de atividade profissional dos participantes varia entre o mínimo de 2 anos e o máximo de 35 anos, com uma média de 16,75 anos de exercício profissional.

**Gráfico 4** - Distribuição dos participantes por tempo de atividade profissional



No que diz respeito ao tempo de exercício profissional em cuidados intensivos, no gráfico 5 verificamos que varia entre um valor mínimo de 2 anos e um valor máximo de 29 anos, com um valor médio de 13,65 anos.

**Gráfico 5** - Distribuição dos profissionais por tempo de exercício profissional em cuidados intensivos



#### **4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Na investigação qualitativa “a recolha de dados é fundamental, embora o seu propósito não seja medir variáveis para realizar inferências e análise estatística. É sim obter dados (que serão transformados em informação) de pessoas, de seres vivos, comunidades, contextos” (Sampieri, 2013, p.416). Esta recolha acontece em ambientes naturais e quotidianos dos participantes. No caso de seres humanos, no seu dia-a-dia: como falam, em que acreditam, o que sentem, como pensam, como interagem.

Segundo Fortin (2009, p.300), os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Neste estudo optamos pela entrevista semiestruturada e pela observação participante.

Para Sampieri (2013, p.425), “a entrevista qualitativa é profunda e minuciosa, flexível e aberta”. Pode ser definida como uma reunião para a troca de informação entre uma pessoa (o entrevistador) e outra (o entrevistado). Estas podem ser estruturadas ou semiestruturadas. Estas últimas baseiam-

se num roteiro de assunto ou perguntas e o entrevistador tem a liberdade de incluir outras perguntas para tornar os conceitos mais precisos ou obter mais informações sobre os temas desejados. Ainda segundo o mesmo autor, “a observação qualitativa não é uma mera contemplação. Implica entrarmos profundamente em situações sociais e mantermos um papel ativo, assim como uma reflexão permanente, estarmos atentos aos detalhes, acontecimentos, eventos e interações” (Idem, p.419).

Na opinião de Freixo (2018, p.133), a vantagem da entrevista “reside no facto de o investigador interagir com o entrevistado, podendo aquele observar ao “vivo” os comportamentos e atitudes do seu interlocutor, através da comunicação não verbal (proxémica, cinésica), ficando assim com uma informação mais completa do sentido das suas palavras”.

A observação participante na perspetiva de Fortin (2009, p.300), “implica que o observador se abstraia do seu papel, integrando-se completamente no grupo social que se propôs a estudar”. Este tipo de observação visa ajudar os participantes a identificar o sentimento das suas ações, surgindo a função do observador de estudar o grupo do interior, através de uma participação direta e pessoal. Segundo Freixo (2018, p.224), a observação participante “tem lugar quando o investigador participa na situação estudada, sem que os demais elementos envolvidos percebam a posição do observador participante”. O observador incorpora-se de forma natural ou artificialmente no grupo ou comunidade estudada.

Conforme já referido, para a realização deste estudo pareceu-nos pertinente a escolha da entrevista semiestruturada e da observação participante. Estas foram consideradas por nós a escolha mais adequada para o desenho da investigação em questão. A utilização destas estratégias tem como objetivo a complementaridade dos resultados, assegurando assim uma maior riqueza de informação sobre a temática em estudo. Para efeito da aplicação destes dois instrumentos foi elaborado um guião da entrevista (Apêndice 1) e um guião da observação (Apêndice 2), que possibilitou a condução destas estratégias, assegurando-nos que os temas previstos eram abordados e deste modo obtivéssemos resposta para os objetivos preconizados. O guião da entrevista foi construído com base nos objetivos e na literatura. Este foi submetido a um pré-teste, de forma a avaliar, por um lado, a pertinência e a compreensão das questões e por outro lado, contribuir para a experiência do investigador na utilização da técnica da entrevista. Pela análise desta entrevista piloto observamos que as questões orientadoras da entrevista eram pertinentes e adequadas aos objetivos delineados, pelo que não foi necessário alterar ou integrar novas questões ao guião. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Realçamos que as entrevistas foram efetuadas durante o

período de observação e transcritas no próprio dia, de forma a mantê-las fidedignas relativamente a pormenores observados nos entrevistados. O guião da observação foi elaborado com base no protocolo de Buckman.

Previamente à recolha dos dados, foi efetuado contacto com o enfermeiro chefe do serviço com a finalidade de comunicar os objetivos do estudo, assim como a disponibilização posterior dos resultados, demonstrando a intenção de os divulgar no serviço e delinear a melhor estratégia e local para a recolha de dados. Foi feito depois o pedido formal à Comissão de Ética. Após resposta positiva da parte desta comissão foi feita a recolha de dados entre os meses de fevereiro e outubro de 2020, pois perante a atual situação de contingência, nem sempre houve disponibilidade para fazer esta mesma recolha. Esta foi feita numa sala com clima de privacidade e foi efetuada a 20 elementos do serviço. A observação participante foi realizada no mesmo período de tempo em que observamos os participantes do estudo ao comunicar más notícias, seguindo o guião previamente elaborado. Fomos tirando notas e os resultados da observação foram codificados da seguinte forma: OE (observação a enfermeiro) e OM (observação a médico). Observamos não só os comportamentos e atitudes comunicacionais dos envolvidos, mas também o ambiente e dinâmica circundante, dando relevância aos aspetos que potencialmente poderiam influenciar o processo comunicacional.

## **5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS**

Para a análise dos dados obtidos, recorreremos à técnica de análise de conteúdo que para Bardin (2011, p.38), “é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Segundo a mesma autora (2011), a metodologia da análise de dados é constituída por quatro etapas, nomeadamente a **organização da análise**, a **codificação**, a **categorização** e a **inferência**. A primeira fase inclui uma pré-análise, seguida de uma exploração do material e terminando com o tratamento dos resultados, inferência e tratamento dos mesmos. A codificação “é o processo pelo qual dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Nesta etapa procede-se assim à escolha, classificação e agregação das unidades, selecionando categorias. Posteriormente, segue-se a categorização, que consiste numa “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com



os critérios previamente definidos. Segundo a mesma autora, a operação de categorização obedece a cinco regras, nomeadamente a exclusão mútua (a presença de um determinado elemento não deve constar em mais do que uma categoria), a homogeneidade (deve obedecer a um único princípio de classificação), a pertinência (adequação ao material de análise selecionado), a objetividade e a fidelidade (obtidas quando o material é sujeito a várias análises, sendo formuladas as mesmas categorias) e a produtividade (quando o material analisado produz novos resultados, através da inferência).

Como referido anteriormente, a entrevista foi gravada em suporte áudio e transcrita minuciosamente. Posteriormente foi feita a leitura exaustiva das transcrições, de forma a assegurar o conhecimento dos dados pois segundo Fortin (2009, p.301), a primeira fase, a descoberta do sentido global, serve para entrar no conteúdo do texto familiarizando-se com a experiência relatada através da leitura repetida do texto, de forma a descobrir nela o sentido global. Após esta leitura e após ter encontrado áreas temáticas foi feita a codificação das mesmas estabelecendo categorias e subcategorias e posteriormente as unidades de análise. No mesmo período procedeu-se às observações e posteriormente ao registo das mesmas.

Por fim procedeu-se à interpretação e apresentação dos resultados. Segundo Fortin (2009, p.473), quando o investigador apresenta os resultados do seu estudo, deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma de narrativa dos resultados que ele reproduziu nos quadros e nas figuras. Geralmente são apresentados em primeiro lugar os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os resultados obtidos com as análises inferenciais. Ainda segundo a mesma autora, os estudos exploratórios-descritivos não consistem em verificar a teoria, mas sobretudo em desenvolver conceitos, definir relações entre conceitos ou produzir hipóteses entre conceitos ou produzir hipóteses para verificações futuras.

Seguindo todos estes procedimentos, realizou-se a análise dos dados obtidos através das entrevistas, tendo sido organizadas em áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias, que foram vertidas numa matriz de redução de dados (Apêndice 5). Para a análise dos dados da observação recorreremos à estatística descritiva com recurso apenas às frequências absolutas, considerando o número de participantes.

## **6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar. A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto Ser Humano.

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Segundo Freixo (2018, p.206), devem ser predicados da conduta investigativa “o direito à privacidade ou à não participação, o direito ao anonimato e à confidencialidade, a necessidade do consentimento”.

No sentido de atendermos a todos estes princípios, foi inicialmente formalizado o pedido de autorização para realização do estudo de investigação à Comissão de Ética da instituição selecionada (Anexo 1), com a indicação do tema e dos objetivos do estudo, assim como o método de recolha de dados e quais os participantes, tendo sido emitido um parecer favorável. Foi tido 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 de confidencialidade, conforme o expresso na Declaração de Helsínquia.

Previamente à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, obtivemos o consentimento informado (Apêndice 3) junto dos participantes, tendo sido transmitidos os objetivos do estudo e os procedimentos inerentes (Apêndice 4). Foram garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados através da codificação do nome dos entrevistados (EE - Entrevista a enfermeiro; EM – Entrevista a médico; OE – Observação a enfermeiro; OM – Observação a médico) durante a transcrição das entrevistas, das observações realizadas e na elaboração das notas de campo. É de realçar que o conteúdo da gravação das entrevistas será destruído após o término do estudo.

**CAPÍTULO III**  
**APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

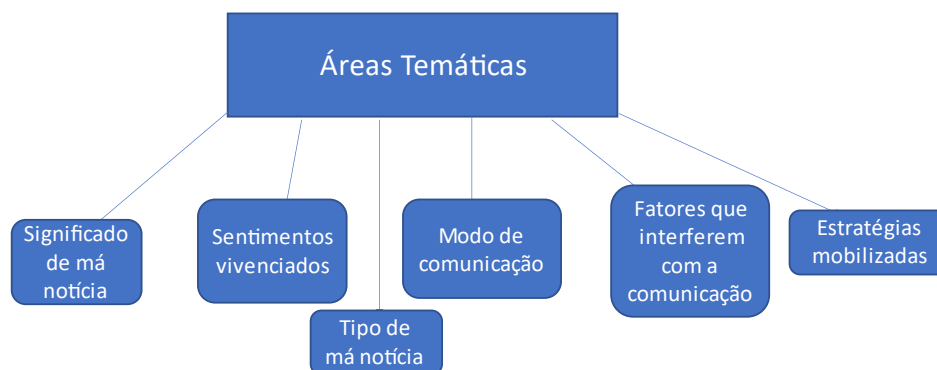
Neste capítulo, é nosso objetivo apresentar e analisar os dados obtidos através da entrevista e da observação participante com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados (guião da entrevista e guião da observação), construídos para o efeito.

De forma a melhor organizar a apresentação dos dados iremos apresentar separadamente os dados obtidos pelas entrevistas e os dados obtidos pela observação, que nos permitiram conhecer as práticas dos profissionais ao comunicar más notícias.

## 1. DAS ENTREVISTAS

Da análise das entrevistas efetuadas organizamos os dados obtidos em torno de seis áreas temáticas, que traduzem a perceção dos participantes sobre a comunicação de más notícias (Figura 1): significado de má notícia, sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde ao comunicar uma má notícia, tipo de más notícias mais frequentes, modo de comunicar dos profissionais de saúde, fatores que interferem e as estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias.

**Figura 1** - A perceção dos profissionais de saúde sobre a comunicação de más notícias numa UCIP – Áreas temáticas



Para uma melhor estruturação da apresentação dos dados, esta será feita de acordo com as áreas temáticas cujas categorias e subcategorias estarão visíveis em figuras representativas das mesmas.

## 1.1 Significado de Má Notícia

Os participantes atribuíram diversos significados a uma má notícia. Como se pode observar na figura 2, os profissionais de saúde definem má notícia como sendo uma informação desagradável, subjetiva, com um peso negativo para a pessoa que a recebe. É uma informação que causa sofrimento, que não vai de encontro às expectativas e que vai afetar a realidade e qualidade de vida de quem a recebe.

**Figura 2** - Significado de Má Notícia - Categorias



Um dos significados atribuídos à má notícia é que é uma **informação desagradável**, manifestando-se nas seguintes afirmações:

*(...) “é uma notícia desagradável que não vai de encontro às minhas expectativas” (...) (EE16)*

*(...) “uma coisa dolorosa, que causa sofrimento” (...) (EE20)*

Para um participante do estudo a má notícia é uma **informação subjetiva com um peso negativo para quem a recebe**:

*(...) “é uma informação subjetiva, que tem um peso negativo na outra pessoa” (EM2)*

Outro dos significados atribuídos à má notícia é que é uma **informação que não vai de encontro às expectativas e causa sofrimento**, como podemos confirmar com as seguintes afirmações:

*(...) “é uma coisa menos agradável que provoca sofrimento” (EE1)*

*(...) “é algo que não vai de encontro à expectativa do familiar ou doente” (EE4)*

*(...) “uma má notícia que não vai de encontro às expectativas de quem a recebe” (...) (EM7)*

*(...) “é algo que não vai de encontro às expectativas dos familiares” (...) (EE8)*

*(...) “quando as expectativas que os familiares têm relativamente ao doente são defraudadas”*

*(...) (EM11)*

*(...) “e que nos vai causar algum tipo de sofrimento” (...) (EE18)*

*(...) “não vai de encontro às nossas expectativas. É uma coisa dolorosa” (EE20)*

Má notícia também significa **algo que afeta a realidade e a qualidade de vida**, como podemos verificar nas seguintes afirmações:

*(...) “que vá afetar a realidade deles ou a qualidade de vida” (...) (EE13)*

*(...) “que causa sofrimento a quem recebe e vai afetar a sua qualidade de vida” (EE20)*

## **1.2 Sentimentos Vivenciados pelos Profissionais de Saúde**

Os participantes referiram diversos sentimentos vivenciados ao comunicar uma má notícia, conforme observamos na figura 3. Grande parte dos participantes referiu o sofrimento e a tristeza como estando presentes aquando da comunicação de más notícias. Nomearam também a compreensão e solidariedade como sentimentos importantes, que manifestam durante este

processo. Um dos participantes diz que a frieza por vezes é necessária, assim como o distanciamento. Outro referiu o stress com sendo um sentimento que está presente. Grande parte dos profissionais referiu a empatia como sendo um dos sentimentos importantes na comunicação de más notícias ao doente/família, como podemos verificar nas seguintes afirmações:

**Figura 3** - Sentimentos Vivenciados pelos profissionais de saúde - Categorias



No que diz respeito à **tristeza** e **sofrimento**, a maioria dos participantes referiram que é um dos sentimentos vivenciados:

*(...) “alguma tristeza também, porque são notícias tristes” (...)* (EE8)

*(...) “É impossível não reagir, não ter qualquer tipo de reação de sofrimento dos outros (...)* (EM10)

*(...) “às vezes tenho sentimentos de tristeza, de solidariedade com o outro” (...)* (EE13)

*(...) “sinto alguma tristeza e às vezes há aquela lágrima no canto do olho” (...)* (EE19)

A **compreensão** e a **solidariedade** foram sentimentos referidos por alguns participantes como estando presentes neste processo de comunicação de más notícias:

*(...) “No fundo é a compreensão, é elas perceberem que apesar de nós sentirmos à nossa maneira e apesar de não ser nosso familiar, é nosso doente e também mexe connosco de alguma forma”*

*(...) (EE6)*

*(...) “Mas necessariamente também mexe connosco porque nós temos os doentes ao nosso cuidado e muitas vezes durante bastante tempo e nós vamo-nos afeiçoando e acabamos por viver de perto as angústias da família” (...)* (EM7)

*(...) “para as pessoas perceberem que estamos num diálogo importante, mas ao mesmo tempo ela tem a minha atenção completa, naquele momento” (...)* (EM7)

*(...) “às vezes tenho sentimentos (...) de solidariedade” (...)* (EE13)

*(...) “às vezes tenho sentimentos de tristeza” (...)* (EE13)

A **frieza** foi referida por um dos participantes como estando também presente:

*(...) “Acabamos por ganhar alguma frieza para conseguir gerir estas más notícias e comunicá-las de uma forma humana mas sem nos afetar a nós” (...)* (EE15)

Um dos participantes referiu o **distanciamento** como estando presente em alguns momentos de comunicação de más notícias:

*(...) “O melhor às vezes é mesmo o distanciamento. São defesas das pessoas” (...)* (EE5)

Um dos participantes referiu o **stress** como um dos sentimentos vivenciados:

*“Depende muito das situações, mas em algumas alturas e mediante o contexto, causam-me muito stress” (...)* (EE1)

Alguns participantes expressam o **receio** da reação dos familiares, como um dos sentimentos presente quando comunicam uma má notícia:



*“Quando tenho necessidade de dar uma má notícia sinto algum receio pela forma como a família/doente recebe a notícia” (...) (EE3)*

*“Um bocadinho de receio, porque não sei como é que as pessoas vão receber a notícia” (...) (EE8)*

*(...) “que não seja bem percebida, a reação da pessoa que a recebe também é incerta” (...) (EE14)*

A **insegurança** foi mencionada por alguns participantes como se pode ver nas seguintes unidades de registo:

*(...) “aquela insegurança de ir dar uma informação que não seja bem absorvida” (...) (EE14)*

*(...) “pessoalmente não gosto muito de dar este tipo de notícia, pois acho que sinto alguma insegurança” (...) (EE19)*

Relativamente à **empatia**, grande parte dos participantes referiu ser um dos sentimentos presentes aquando da comunicação de uma má notícia, como podemos verificar nos seguintes discursos:

*(...) “é claro que há sempre sentimentos de empatia, quando nos colocamos no lugar da outra pessoa” (...) (EE5)*

*“Empatia, ou pelo menos tento demonstrar isso.” (...) (EE6)*

*(...) “e alguma empatia, porque já tive familiares doentes, e sei o que é estar do outro lado (...) (EE9)*

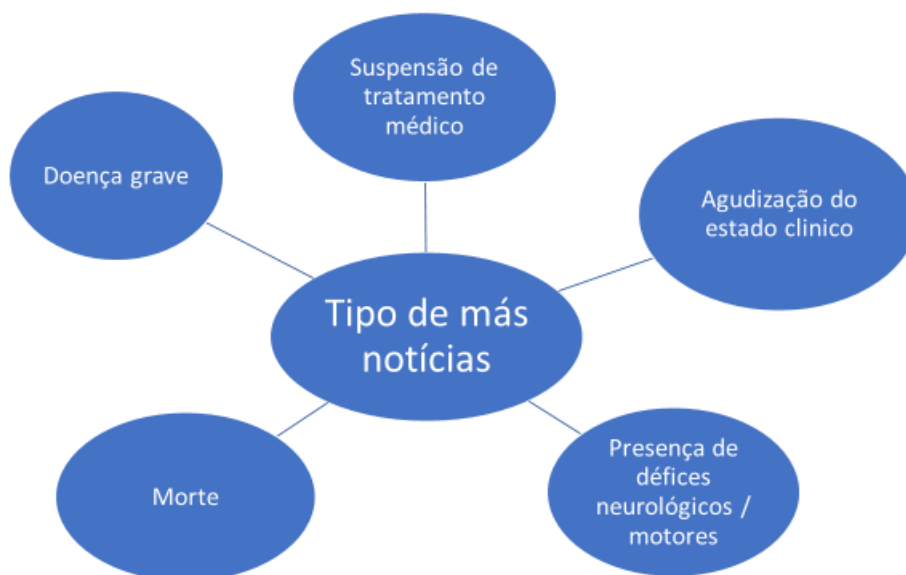
*“O profissional acaba por se colocar um pouco no papel de quem está a receber a notícia porque somos todos humanos” (...) (EE15)*

*“Ao transmitir más notícias tentamos criar empatia e colocamo-nos no lugar do outro” (...) (EE16)*

### 1.3 O Tipo de Más Notícias Mais Frequentes

Para os profissionais de saúde desta UCIP, o tipo de más notícias mais frequentemente comunicadas são diversas como se pode observar na figura 4: a morte, a doença grave que motiva internamento em cuidados intensivos, a agudização do estado clínico, a presença de défices neurológicos ou motores e a suspensão de tratamento médico.

Figura 4 - Tipo de Más Notícias Mais Frequentes – Categorias



Relativamente à **suspensão de tratamento médico** grande parte dos participantes referiram que é das notícias mais comunicadas no serviço, conforme demonstram as afirmações seguintes:

*“Uma situação frequente é a suspensão de medidas” (...)* (EE1)

*(...) “agravamento do estado geral. Por vezes temos necessidade de falar sobre suspensão de medidas ou não escalada de medidas”* (EE3)

*“Agravamento do estado clínico, cessação de tratamento, que motivam decisões de suspensão de medidas ativas de tratamento” (...)* (EM7)

*(...) “a suspensão de medidas por não termos mais nada a oferecer ao doente” (...)* (EE20)

A **agudização do estado clínico** e a **presença de défices neurológicos/motores** foram também referenciadas por alguns participantes:

*“Normalmente informamos sobre o estado crítico do doente ou do agravamento do estado geral”  
(...) (EE3)*

*(...) “é quando os doentes ficam com défices ou neurológicos ou motores que vão limitar muito a qualidade de vida” (...) (EM11)*

*(...) “e também a limitação com que muitos doentes ficam, seja a nível neurológico ou físico”  
(...) (EE13)*

*(...) “Quando as coisas correm mal é comunicado o agravamento do estado clínico, ou que vai falecer, ou que vai ficar com muitas sequelas” (EE15)*

*(...) “e também diagnósticos de perda de funções do doente, como hemiplegias ou estados vegetativos” (EE19)*

A notícia da **morte**, também foi aludida por alguns participantes, como sendo frequentemente comunicada:

*“Habitualmente, é de morte” (...) (EM12)*

*“Comunicamos a situação de morte” (...) (EE13)*

*“Aqui as más notícias têm a ver com a morte” (...) (EE14)*

*(...) “As sequelas e a morte acho que são as mais comunicadas” (EE17)*

Alguns participantes referiram que o facto de estar internado em cuidados intensivos, pela presença de uma **doença grave**, já de si, é uma das más notícias que comunicam:

*“Normalmente informamos sobre o estado crítico do doente” (...) (EE3)*

*(...) “o facto de ter que ser admitido em cuidados intensivos pela gravidade do estado clínico”  
(EE8)*

*(...) “explicar à família que o seu familiar desenvolveu um quadro clínico que pode culminar em*

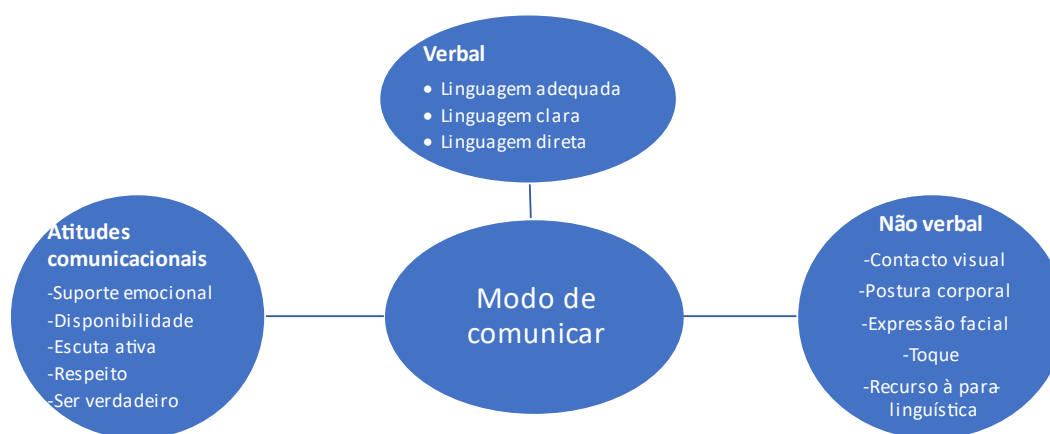
*morte” (...) (EE9)*

*“A principal é o diagnóstico inicial e o facto de estar internado em cuidados intensivos” (...) (EE16)*

## **1.4 O Modo de Comunicar uma Má Notícia**

Através da análise dos discursos dos participantes constatamos que para comunicar com a família, o profissional de saúde utiliza a comunicação verbal e a comunicação não verbal, estando também presentes diversas atitudes comunicacionais, conforme se pode visualizar na figura 5. O profissional utiliza uma linguagem adequada, clara e direta. Como se pode visualizar durante a comunicação tem em atenção aspetos da comunicação não verbal, como por exemplo, o contacto visual, a postura corporal, a expressão facial, o toque e recurso à para-linguística. Tem ainda presente o suporte emocional, disponibilidade, escuta ativa e procura ser verdadeiro e mostrar respeito durante o processo.

**Figura 5** - O Modo de Comunicar uma Má Notícia – Categorias e Subcategorias



No que diz respeito à **comunicação verbal** observamos que a maioria dos profissionais tem o cuidado de utilizar *linguagem adequada, clara e direta* para com o familiar, adotando um discurso corrente e simples:

*(...) “dar informação clara e direta e se possível ter a equipa em conjunto” (...) (EM2)*

*(...) “dar o mais objetivamente essa mesma informação” (...) (EM11)*

*(...) “pôr-nos um bocadinho no papel do outro, adequarmos a linguagem e dar-lhes atenção e tempo” (...) (EE13)*

*“Os aspetos mais significativos acho que são a clareza da informação” (...) (EE14)*

*(...) “falarmos numa linguagem que seja muito perceptível, compreendida pela família” (...) (EE18)*

O contacto visual, a postura corporal, a expressão facial, o toque e o recurso à para-linguística foram elementos referidos pelos profissionais, relativamente à **comunicação não verbal** utilizada pelos mesmos ao comunicar uma má notícia.

*(...) “Normalmente peço para estar toda a gente sentada e tento olhar nos olhos ao falar” (EM7)*

*(...) “tem cadeiras para familiares e profissionais, onde podemos estar sentados e falar de forma confortável” (...) (EM7)*

*“Geralmente temos uma sala própria, com cadeiras em que ambos se sentam e falamos com eles em clima de privacidade, sem interrupções” (EE8)*

*(...) “temos que estar atentos à comunicação não verbal da pessoa, como por exemplo a expressão facial e os gestos” (...) (EE17)*

*(...) “Muitas vezes é importante o toque” (...) (EE4)*

*(...) “se vir que é aceite, então toco no ombro para transmitir apoio” (...) (EE8)*

*“Tento mostrar uma postura calma e de conforto e, ao mesmo tempo, tento usar um tom de voz não muito alto e dou algum tempo para eles processarem a informação” (EE8)*

*“Tento não falar muito alto, ter um tom de voz tranquilizador” (...) (EE8)*

As **atitudes comunicacionais** evidenciadas no processo de comunicação de más notícias foram: o *suporte emocional, a disponibilidade, a escuta ativa e o respeito/ser verdadeiro.*

Neste processo, verificamos que o profissional não se limita apenas a transmitir a informação,

preocupando-se também em fornecer *suporte emocional* ao doente/família, como podemos verificar:

*(...) “ver a reação da família à notícia e dar apoio” (...) (EE3)*

*“O mais importante acho que é tu dares atenção à família” (...) (EE13)*

A maioria dos participantes demonstram *disponibilidade* perante a família neste processo de comunicação, bem como procuram ser recetivos ao esclarecimento de dúvidas por parte dos mesmos:

*(...) “estamos num diálogo importante, mas ao mesmo tempo ele tem a minha atenção completa naquele momento, que não estou a ser dividido com nada e normalmente, como te disse, ouço o que eles têm para falar, transmito informação, garanto que eles perceberam a informação” (...) (EM7)*

*“O mais importante acho que é tu dares atenção à família. Realmente mostrares que estamos centrados neles. Aquele momento é para eles” (...) (EE13)*

*(...) “Temos de mostrar disponibilidade, não devemos estar com pressa e de certa forma recetivos e sensíveis com as pessoas para responder a dúvidas e questões” (EE15)*

Durante o processo de comunicação com o doente/familiar, os profissionais de saúde referem que procuram ter uma *escuta ativa*, como se pode ver nos seguintes exemplos de unidades de registo:

*“Acho que ao abordar a família é importante saber o que sabem acerca da situação e procurar perceber o que pretendem saber” (...) (EE1)*

*“É importante haver uma comunicação eficaz em que tentamos perceber o que a família quer saber” (...) (EE3)*

*“O mais importante acho que é tu dares atenção à família. Realmente mostrares que estamos centrados neles. Aquele momento é para eles” (...) (EE13)*

*“Tentar perceber o que a família já sabe. Tentar permitir que se façam perguntas e não monopolizar a conversa. Estarmos tranquilos e sabermos ouvir o outro” (...) (EE18)*

Relativamente à atitude comunicacional *respeito/ser verdadeiro*, constatamos que grande parte dos

participantes consideram estar presente ao comunicar uma má notícia:

*“Em primeiro lugar respeitar o momento e a pessoa” (...) (EM2)*

*“Devemos promover um ambiente que possibilite a privacidade, pois é sempre um momento de dor” (...) (EE4)*

*(...) “e tentar ser verdadeiro, claro” (EE5)*

*(...) “mostrar empatia, demonstrar compreensão perante as preocupações das pessoas e ser muito claro, também” (...) (EE8)*

*“A verdade tem de prevalecer sempre. Não devemos esconder nada” (...) (EE15)*

### 1.5 Fatores que Interferem na Comunicação de Más Notícias

Na figura 6, apresentamos os fatores que interferem na comunicação de uma má notícia, na opinião dos participantes do estudo, e que se podem constituir como facilitadores ou dificultadores: contexto da doença, local em que se comunica, relacionados com o modo de comunicação, relacionados com a situação do doente/família e relacionados com o profissional de saúde.

Figura 6 - Fatores que Interferem na Comunicação de Más Notícias – Categorias e Subcategorias



Os fatores relacionados com a **situação do doente/família** referem-se à *reação do doente/família*, ao *nível cultural do doente/família*, à *idade do doente*, à *recetividade por parte do doente/familiar em receber a informação* e ao *conhecimento por parte do doente/família da situação clínica*.

Em relação à *incerteza da reação do doente/família* alguns participantes apontaram esta como sendo um aspeto importante, na medida em que pode dificultar:

*“Quando tenho necessidade de dar uma má notícia sinto algum receio pela forma que o doente/família recebem a notícia” (...) (EE3)*

*“Um bocadinho de receio, porque não sei como é que as pessoas vão receber a notícia, é sempre um momento difícil, pois não sabemos como vai ser a reação deles” (...) (EE8)*

*(...) “aquela insegurança de ir dar uma informação que não seja bem absorvida, que não seja bem percebida, a reação da pessoa que a recebe também é incerta” (...) (EE14)*

Quanto ao *nível cultural do doente/família* há referência por parte dos participantes, associado a uma tentativa de adaptar o discurso mediante a pessoa recetora da má notícia:

*“Não devemos fornecer toda a informação, mas adaptar a informação à cultura da pessoa que a recebe” (...) (EM2)*

*“Depende um bocadinho do nível de entendimento, do nível educacional de cada um, e da capacidade de entendimento da informação que se está a transmitir” (...) (EM10)*

*(...) “Acho importante adequar a linguagem à pessoa que temos à nossa frente, pois se esta não for perceptível, a mensagem não é bem compreendida” (...) (EE20)*

Relativamente à *idade do doente*, os participantes referiram que a reação difere consoante a mesma:

*(...) “envolver-me e ficar mais sensibilizada, por assim dizer, nas pessoas mais jovens com expectativa de vida maior em que supostamente há mais projetos de vida do que realmente com aquelas pessoas que já terminaram o ciclo de vida” (...) (EM11)*

*(...) “Há situações muito mais delicadas, em que é quase impossível não ficar mais sensibilizada” (...) (EE15)*

*(...) “Sinto alguma tristeza e às vezes há aquela lágrima no canto do olho, principalmente*



*quando são pessoas mais jovens e em situações inesperadas” (...) (EE19)*

Em relação à *recetividade por parte do doente/família em receber a notícia*, alguns participantes referiram como sendo um fator que também pode interferir:

*“É importante haver uma comunicação eficaz em que tentamos perceber o que a família quer saber” (...) (EE3)*

*(...) “A primeira abordagem é feita logo na entrada do doente na unidade, permite-nos perceber qual a pessoa de referência e tentar saber se esta pessoa nos dá confiança para receber toda a informação do quadro clínico ao longo do internamento e se é capaz e nos transmite segurança no caso de transmissão de alguma má notícia” (...) (EE9)*

*(...) “Tentamos fazê-lo sempre que possível em presença física dos familiares, para permitir uma maior empatia relativamente à informação que vamos dar, mesmo que seja má” (...) (EM11)*

*(...) “E depois tentar perceber se ela também está recetiva à nossa comunicação” (...) (EE17)*

Quanto ao *conhecimento por parte do doente/família da situação clínica* é uma realidade que os participantes referiram como fundamental:

*“Normalmente começo por perguntar aquilo que já sabem e é importante partir do ponto em que eles já estão, porque é completamente diferente para adequar o tipo e forma de informação” (EM7)*

*(...) “Para nós é importante saber o que a família sabe, o que foi feito no contexto familiar por nós profissionais para tentar ajudar a família a perceber a situação clínica do doente, para ser mais fácil dar informações do possível desfecho menos positivo” (...) (EE9)*

*“Facilita se eles já tiverem uma perceção clara da doença do paciente” (...) (EM10)*

Os fatores **relacionados com o profissional de saúde** são o *respeitar o momento*, a *disponibilidade*, o *conhecimento prévio da história do doente*, a *inexistência de relação prévia* e a *presença de pessoas significativas*.

Relativamente ao *respeitar o momento* e *mostrar disponibilidade* foram características referidas

por vários participantes:

*“Tento ser clara e objetiva e tento-me aproximar deles através da empatia, para eles perceberem que não nos é indiferente” (...) (EE6)*

*(...) “e depois mostro disponibilidade para ouvir o que as pessoas têm a dizer” (...) (EE8)*

*(...) “Temos de mostrar disponibilidade, não devemos estar com pressa” (...) (EE15)*

*(...) “mostro-me disponível para perguntas que queiram fazer e para ajudar no que puder” (EE15)*

*(...) “tentar criar uma relação de confiança” (...) (EE16)*

*(...) “mostro disponibilidade para qualquer apoio que necessitem” (EE20)*

O conhecimento prévio da história do doente, também foi mencionada como muito importante por parte dos participantes:

*(...) “facilita o conheceres o doente, estares à vontade com o tratamento e o plano instituído para o doente. Estares envolvido na tomada de decisão” (...) (EE6)*

*“Acho importante conhecermos bem a história do doente” (...) (EE9)*

*“Estar bem preparado para aquilo que se vai dizer, estar informado” (...) (EE14)*

A inexistência de relação prévia por parte do profissional de saúde, foi referida como um fator que interfere com este processo de comunicação:

*(...) “Ajuda conhecermos a família para desenvolvermos algumas estratégias no caso de um evoluir menos positivo da situação” (...) (EE9)*

*“Aquilo que eu acho que é mais importante é conhecermos a família e a pessoa que vai dar a notícia ser a pessoa que mais frequentemente falou com a família e que melhor a conhece. Não havendo qualquer tipo de relação é mais difícil” (...) (EE18)*

*“Acho muito importante haver previamente alguma comunicação com a família pois torna-se mais fácil se houver algum tipo de relação” (...) (EE20)*

Quanto à *presença de familiares/pessoas significativas* também foi referido como sendo um dos fatores que interfere na comunicação de más notícias:

*(...) “ter o maior número possível de familiares” (...) (EM2)*

*(...) “tento também que a pessoa que vai receber essa notícia, sempre que o deseje, esteja acompanhada por alguém que lhe dê algum conforto” (...) (EM11)*

*(...) “ter algum cuidado e permitir ter mais pessoas presentes para se apoiarem” (...) (EE18)*

*“Tento reunir com a família num ambiente com privacidade, com acompanhamento, se possível, de mais familiares” (...) (EE20)*

Os fatores relacionados com o **contexto** reportam-se à presença de uma *agudização de doença já conhecida* ou a uma *situação inesperada*. Perante estas duas realidades as reações são diferentes:

*“É mais complicado quando é uma situação inesperada, pois as pessoas lidam menos bem com isso” (...) (EE8)*

*“Difículta o facto de ser uma situação inesperada” (...) (EE9)*

*(...) “Ao longo do internamento, tentamos conhecer a família e tentamos estabelecer estratégias adaptadas à família que temos perante nós” (EE9)*

*(...) “A maioria das vezes é inesperada e acho que custa mais à pessoa aceitar e vivenciar, mesmo relativamente a nós” (...) (EM11)*

*(...) “é importante que a família esteja o mais informada possível relativamente à situação do doente” (...) (EM11)*

*“Acho muito importante haver previamente alguma comunicação com a família, pois torna-se mais fácil se houver algum tipo de relação” (...) (EE20)*

Os fatores relacionados com o **local onde se comunica** também foi referido como aspetos a considerar, nomeadamente, o *ambiente*, a *privacidade* e o *conforto* proporcionados:

*(...) “Procurar um local calmo” (EE1)*

*(...) “ter privacidade” (...) (EM2)*

*A Comunicação de Más Notícias em Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*

*(...) “e pela minha experiência, se formos por aí, é dar também conforto à família” (...) (EE4)*

*(...) “o ambiente acho que é importante, criar um ambiente resguardado” (...) (EM10)*

*(...) “tem de ser num local adequado, sossegado, onde não haja interrupções, para as pessoas se sentirem à vontade” (...) (EE14)*

*(...) “ambiente calmo, com as pessoas bem instaladas” (...) (EE16)*

*(...) “termos o cuidado de dar esta notícia num ambiente calmo com privacidade” (EE20)*

Os fatores relacionados com o **modo de comunicação** referem-se à *linguagem, tom de voz, discurso objetivo, empatia/confiança* e à *promoção de colocação de dúvidas e questões*.

A *linguagem e tom de voz* foram referidos por vários participantes:

*“Tento não falar muito alto, ter um tom de voz tranquilizador” (...) (EE8)*

*“Tento usar uma linguagem simples e explicar com calma” (...) (EE15)*

*(...) “e utilizar linguagem acessível” (EE19)*

*(...) “Acho importante adequar a linguagem à pessoa que temos à nossa frente” (...) (EE20)*

O *discurso objetivo e claro* também foi referido como um fator importante:

*(...) “Tento dar a notícia diretamente” (...) (EM2)*

*“Procuro usar um discurso objetivo, claro, com palavras simples” (...) (EE3)*

*“Promover privacidade e no fundo ser objetivo” (...) (EE4)*

*(...) “Dar o mais objetivamente essa mesma informação” (...) (EM11)*

*“Os aspetos mais significativos acho que são a clareza de informação” (...) (EE14)*

Diversos participantes referiram a *confiança* como sendo um fator facilitador fundamental neste processo:

*(...) “Tento-me aproximar deles através da empatia, para eles perceberem que não nos é indiferente” (...) (EE6)*

*(...) “mostrar empatia, demonstrar compreensão perante as preocupações das pessoas” (...) (EE8)*

*(...) “para as pessoas perceberem que estamos num diálogo importante, mas ao mesmo tempo ele tem a minha atenção completa” (...) (EM7)*

*(...) “tentar criar uma relação de confiança” (...) (EE16)*

O dar oportunidade de *colocação de dúvidas e questões* também foi referido como um fator facilitador:

*(...) “Tiramos qualquer dúvida que a família tenha” (EE1)*

*(...) “e mostrar apoio e disponibilidade para tirar dúvidas e esclarecer passos posteriores” (EM2)*

*(...) “Após dar informação é crucial perceber aquilo que a família percebeu e se compreende a informação dada” (...) (EE3)*

*(...) “Não deixar espaço para dúvidas, porque muitas vezes, as pessoas não compreendem bem a informação” (...) (EE8)*

*(...) “tentar permitir que se façam perguntas e não monopolizar a conversa” (...) (EE18)*

*(...) “Tento que seja dado um feedback para ver se compreenderam o que lhes foi dito e se precisarem de colocar alguma questão” (...) (EE20)*

## **1.6 Estratégias Mobilizadas**

Com este estudo, podemos também identificar estratégias mobilizadas pelos profissionais para comunicar uma má notícia e que estão expostas na figura 7. Dos relatos dos participantes surgiram várias estratégias: ser verdadeiro, mostrar disponibilidade, dar apoio, ser direto, dar conforto, ser empático, usar tom de voz suave, conhecer a família, conhecer bem a história do doente, solicitar a presença de mais familiares, solicitar apoio de mais profissionais de saúde, promover ambiente calmo com privacidade.

Figura 7 - Estratégias Mobilizadas – Categorias



No que diz respeito a **ser verdadeiro**, alguns participantes referiram ser uma estratégia mobilizada neste processo de comunicação:

(...) *“Procurar dizer sempre a verdade”* (...) (EE1)

(...) *“E tentar ser verdadeiro, claro”* (EE5)

*“A verdade tem de prevalecer sempre. Não devemos esconder nada”* (...) (EE15)

Quanto a mostrar **disponibilidade** e **dar apoio**, vários participantes mencionaram ser importante, como podemos verificar pelas seguintes afirmações:

(...) *“ver a reação da família à notícia e dar apoio e disponibilidade para tirar dúvidas”* (EE3)

(...) *“para transmitir apoio e depois mostro disponibilidade para ouvir o que as pessoas têm a dizer”* (...) (EE8)

(...) *“temos de mostrar disponibilidade, não devemos estar com pressa”* (...) (EE15)

(...) *“mostro disponibilidade para qualquer apoio que necessitem”* (EE20)

O **ser direto** foi apontado por alguns dos participantes como uma das estratégias mobilizadas:

*“Procurar usar um discurso objetivo, claro, com palavras simples” (...) (EE3)*

*“Promover privacidade e no fundo tentar ser objetivo” (...) (EE4)*

*“Tento ser clara, objetiva” (...) (EE6)*

O **dar conforto** e **ser empático** foram mencionadas como algumas estratégias, por alguns participantes:

*(...) “é dar também conforto à família” (...) (EE4)*

*(...) “tento-me aproximar deles através da empatia, para eles perceberem que não nos é indiferente. Damos suporte, algum apoio nesta transição” (...) (EE6)*

*(...) “mostrar empatia, demonstrar compreensão perante as preocupações das pessoas” (...) (EE8)*

*“Acho que é importante haver algum grau de empatia” (...) (EM12)*

*(...) “Tentamos criar um ambiente que não seja frio e distante, mas que seja acolhedor para darmos algum conforto aos familiares” (EE18)*

Alguns participantes referiram o **promover um ambiente adequado**, *calmo* e *com privacidade* e **usar um tom de voz suave**:

*“Abordar a família num local calmo, mais intimista” (...) (EE1)*

*“Devemos promover um ambiente que possibilite a privacidade” (...) (EE4)*

*“Tento não falar muito alto, ter um tom de voz mais tranquilizador” (...) (EE8)*

*(...) “O ambiente acho que é importante, criar um ambiente resguardado para as pessoas poderem ter manifestações mais emotivas” (...) (EM10)*

*(...) “e tem de ser num local adequado, sossegado, onde não haja interrupções” (...) (EE14)*

*(...) “termos o cuidado de dar esta notícia num ambiente calmo, com privacidade” (EE20)*

**Conhecer a família** antecipadamente, foi uma das estratégias também mencionadas:

*(...) “Ajuda conhecermos a família para desenvolvermos algumas estratégias no caso de um evoluir menos positivo da situação” (...) (EE9)*

*“Aquilo que eu acho mais importante é conhecermos a família” (...) (EE18)*

*“Acho muito importante haver previamente alguma comunicação com a família pois torna-se mais fácil se houver algum tipo de relação” (...) (EE20)*

**Conhecer bem a história do doente** também foi referido por alguns participantes:

*(...) “Facilita o conheceres o doente, estares à vontade com o tratamento e o plano instituído para o doente” (...) (EE6)*

*“Acho importante conhecermos bem a história do doente” (...) (EE9)*

*“Estar bem preparado para aquilo que se vai dizer, estar informado” (...) (EE14)*

Outra das estratégias referidas por alguns participantes foi **solicitar a presença de mais familiares**:

*(...) “ter o maior número possível de familiares presente” (...) (EM2)*

*(...) “tento também que a pessoa que vai receber essa notícia, sempre que o deseje, esteja acompanhada por alguém que lhe dê algum conforto” (...) (EM11)*

*(...) “ter algum cuidado e permitir ter mais pessoas presentes para se apoiarem” (...) (EE18)*

Relativamente ao **solicitar a presença de mais profissionais de saúde** esta foi apontada pela quase totalidade dos profissionais de saúde:

*(...) “De preferência em equipa” (...) (EM2)*

*(...) “com a presença de médico e enfermeiro junto à família” (...) (EE3)*

*(...) “e a equipa multidisciplinar aborda a pessoa de maneira a tentar explicar” (...) (EE4)*

*“A má notícia é sempre transmitida em equipa, portanto nunca é transmitida por uma pessoa*



*individualmente” (...) (EE5)*

*(...) “Geralmente vai médico e enfermeiro” (...) (EE8)*

*“O serviço tem um espaço próprio em que se reúne a família com o enfermeiro e o médico” (...) (EE9)*

*(...) “Tentamos fazê-lo na presença das pessoas envolvidas no tratamento do doente, o médico e o enfermeiro” (...) (EM11)*

## **2. DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Neste ponto vamos apresentar os dados obtidos pela observação participante e que nos permitiu uma perspetiva das práticas dos profissionais de saúde. Como já referido esta foi sustentada num guião construído com base no protocolo de Buckman, e que se direccionou para o procedimento usado pelos profissionais de saúde e a linguagem verbal e não verbal utilizada pelos mesmos. Esta observação foi feita a dez profissionais do serviço. Para uma melhor estruturação dos dados iremos apresentar de acordo com estes dois tópicos: procedimento em si e linguagem verbal e não verbal.

### **A – Quanto ao Procedimento**

Relativamente ao procedimento, este incidia na preparação e escolha do local, perceber o que a pessoa já sabe e o que quer saber, dar a notícia, observar a reação e as perguntas, elaboração de um resumo e adoção de estratégias.

**Tabela 1** - Preparação e escolha de local adequado

<b>Local</b>	<b>N</b>
<b>Local privado</b>	<b>10</b>
<b>Sem interrupções</b>	<b>9</b>
<b>Acompanhado</b>	<b>9</b>

A totalidade dos participantes escolheram um local privado para a comunicação da má notícia, e a quase totalidade (9), obtiveram uma comunicação sem interrupções e foram acompanhados (Tabela 1).

**Tabela 2** - Perceber o que a pessoa já sabe

O que a pessoa já sabe	N
Já falou com outros profissionais	8
Presença de escuta ativa	10
Já possui informação	8

Ao comunicar más notícias quase todos os participantes (8) tentaram saber se a família já possuía informação e se já tinha falado com outros profissionais. A totalidade dos participantes usou de escuta ativa durante este contacto (Tabela 2).

**Tabela 3** - Perceber o que a pessoa quer saber

O que a pessoa quer saber	N
Identificar informação já existente	10
Identificar o que a pessoa quer saber	5
Incentiva a pessoa a falar	6

Todos os participantes identificaram se há informação prévia, e apenas cinco dos participantes perguntaram à pessoa aquilo que ela quer saber. Relativamente a incentivar a pessoa a falar, seis dos participantes fizeram-no (Tabela 3).

**Tabela 4** - Dar a notícia

Dar a notícia	N
Há aviso prévio de que é uma má notícia	10
Dá notícia diretamente	8
Observa reação da pessoa	10

A totalidade dos participantes fizeram aviso prévio de que vão dar uma má notícia. Parte deles (8), deu a notícia diretamente e todos eles observaram a reação da pessoa (Tabela 4).

**Tabela 5 - Reação e perguntas**

Reação e perguntas	N
Observa a resposta da pessoa	10
Respeita o silêncio	8
Responde de forma simples e clara	7

Todos os participantes observam a resposta da pessoa, sendo que oito deles, respeitaram o silêncio e sete dos participantes, responderam de forma simples e clara (Tabela 5).

**Tabela 6 - Resumo e adoção de estratégias**

Resumo e adoção de estratégias	N
Identifica o problema a resolver	10
Incentiva a pessoa a questionar	10
Informa sobre possíveis soluções e apoios	6

A totalidade dos participantes identificou o problema e incentivou a pessoa a questionar. seis deles, informaram sobre possíveis soluções e apoios (Tabela 6).

## **B – Quanto à Linguagem verbal e não verbal**

**Tabela 7 – Voz**

Voz	N
Tonalidade alta	0
Tonalidade média	10
Tonalidade baixa	0

A totalidade dos participantes usou de uma tonalidade média de voz aquando da comunicação de más notícias (Tabela 7).

**Tabela 8 - Linguagem**

Linguagem	N
Fluente, com poucas hesitações	8
Simple e clara	10
Realça as palavras chave	6

Todos os participantes usaram uma linguagem simples e clara. Oito deles usaram um discurso

fluyente com poucas hesitações e seis deles realçaram as palavras-chave ( Tabela 8).

**Tabela 9 – Contacto visual**

<b>Contacto visual</b>	<b>N</b>
<b>Direto, nos olhos do interlocutor</b>	<b>8</b>
<b>Firme, mas sem contacto direto</b>	<b>2</b>
<b>Evita o olhar direto</b>	<b>0</b>

Grande parte dos participantes (8), tiveram um contacto visual direto, olhando nos olhos do interlocutor. Dois deles apresentaram uma postura firme, mas sem contacto direto (Tabela 9).

**Tabela 10 – Movimentos corporais**

<b>Movimentos corporais</b>	<b>N</b>
<b>Cabeça direita ou ligeiramente inclinada</b>	<b>8</b>
<b>Sentado de forma correta</b>	<b>6</b>
<b>Movimentos das mãos</b>	<b>6</b>

Parte dos participantes (8), ao comunicar más notícias, tiveram uma postura com a cabeça direita ou ligeiramente inclinada. Seis deles sentaram-se de forma correta e acompanharam a linguagem verbal com movimentos das mãos (Tabela 10).

**Tabela 11 - Toque**

<b>Toque</b>	<b>N</b>
<b>Mostra disponibilidade para o contacto</b>	<b>6</b>
<b>Mantém-se próximo</b>	<b>9</b>
<b>Se necessário, usa o toque</b>	<b>7</b>

Alguns dos participantes (6), mostraram disponibilidade para o contacto, sendo que nove deles mantiveram-se próximo durante a comunicação. Sete deles, usou o toque (Tabela 11).

**Tabela 12 - Silêncio**

<b>Silêncio</b>	<b>N</b>
<b>Gere momentos de silêncio</b>	<b>10</b>
<b>Respeita o silêncio</b>	<b>10</b>

A totalidade dos participantes geriu os momentos de silêncio e respeitou os mesmos (Tabela 12).

Concluída a apresentação dos dados que emergiram das duas estratégias de recolha utilizadas – entrevista e observação – e que nos permitiram ter um olhar sobre o processo de comunicação de más notícias, no próximo capítulo vamos proceder à discussão dos resultados.

**CAPÍTULO IV**  
**DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, vamos proceder à discussão dos resultados com base em ideias e estudos de outros autores que se debruçam sobre esta temática e a nossa própria análise e reflexão.

Esta será estruturada na mesma lógica do capítulo anterior para que seja mais perceptível e permita uma visão global dos resultados obtidos.

### **Significado de Má Notícia**

Para os participantes no estudo, o significado de má notícia adquire várias definições que vão desde ser uma informação desagradável, subjetiva, com um peso negativo para quem a recebe. Referem que é uma informação que não vai de encontro às expectativas e que vai afetar a realidade e a qualidade de vida. Estes resultados vão de encontro a conceitos e ideias expressas por vários autores.

Para Andrade et al (2014, p.675), uma má notícia caracteriza-se “como qualquer informação que englobe mudança drástica na perspetiva futura da pessoa num sentido negativo, alterando significativamente as expectativas da pessoa em relação ao futuro”.

Na opinião de Sequeira (2016, p.215), uma má notícia “consiste em qualquer informação que envolva uma mudança drástica na sua perspetiva do futuro, afetando assim os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social”.

Segundo Salazar (2017, p.19), “as más notícias têm a qualidade de alterar de forma drástica o futuro da pessoa, forçando ajustamentos, submetendo-a a uma ameaça inultrapassável, confrontando-a muitas vezes com o seu limite”.

Nunes (2016, p.51), menciona que “só quem recebe a informação é que pode ajuizar em que medida esta constitui uma má notícia”. Diz ainda que o paradigma da relação entre o profissional de saúde e o doente/família tem vindo a mudar e é reconhecido que é preciso desenvolver competências na relação e na informação.

### **Sentimentos Vivenciados pelos Profissionais**

Neste estudo os sentimentos referenciados pelos participantes do estudo são diversos, desde o receio da reação do doente/família à informação que é dada, à insegurança em que a comunicação não seja bem compreendida. Os participantes referem ainda que ao dar a informação tentam ser verdadeiros, mostrando empatia para com quem vão transmitir a informação. Dependendo dos casos poderão ter algum sentimento de maior tristeza e sofrimento, e mostram solidariedade e

compreensão. Por vezes demonstram algum stress.

De facto, comunicar uma má notícia é uma tarefa difícil para o profissional de saúde, pois estes são os primeiros recetores da notícia e têm de a processar e transmitir ao doente e à família. Como referem Pereira et al (2013, p.230), esta comunicação provoca perturbação tanto no recetor como no emissor “não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou familiares, mas também pelas dificuldades em gerir a situação”. Na opinião da mesma autora, “ninguém gosta de ser portador de más notícias por ser uma tarefa difícil e que exige muita habilidade a todos os profissionais de saúde.

Também para Andrade et al (2014, p.675), os momentos de comunicação de más notícias “causam perturbação quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando no profissional e nos utentes medos, stress, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação”.

Pereira et al (2013, p.230) considera que “é necessário que os profissionais de saúde apreendam as suas dificuldades e representações, pois estes mecanismos estão relacionados com os seus próprios medos e receios face às situações consideradas difíceis.

O profissional de saúde demonstra diversos receios, entre eles o medo do desconhecido e do não aprendido, medo da reação emocional do doente e da família, medo de retirar a esperança ao doente, medo de não saber todas as respostas, medo pessoal da morte e doença, medo de expressar emoção, medo de ser culpado.

Para Nunes (2016, p.52), “a comunicação de más notícias pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde, por exemplo relacionados com “o que dizer”, “como”, “quando”, “onde”, “com quem”, por isso há que desenvolver estas competências de deliberação ética e de informação e comunicação, na formação dos profissionais de saúde e na prática clínica.

### **Tipo de Más Notícias**

Após análise dos dados, podemos constatar que alguns dos participantes referiram o próprio internamento em cuidados intensivos, com a agudização de uma doença grave, como um dos tipos de má notícia mais frequentemente comunicada. A presença de défices motores ou neurológicos, a suspensão de tratamento médico e a morte foram também referenciados.

Os cuidados intensivos têm por clientes, doentes extremamente instáveis, com elevado risco de vida e cujas condições de saúde se podem alterar constantemente.

Andrade et al (2014, p.675) corroboram estes dados ao referirem que uma má notícia pode ser “a comunicação do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado, a comunicação e a



referência a sequelas de tratamentos, a comunicação de esgotamento de recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos”.

Sequeira (2016, p.215) considera que uma má notícia pode reportar-se a diversas situações como “a dor crónica e de difícil resolução, a desesperança, o fracasso terapêutico, o prognóstico reservado, a alteração das expectativas, a doença grave, a morte de familiar ou amigo, uma intervenção cirúrgica.

Para Nunes (2016, p.51) em saúde “a má notícia é o diagnóstico de uma doença sem cura, incapacitante, degenerativa, a morte de um familiar ou de uma pessoa significativa, assim como um internamento repentino, uma doença aguda ou uma gravidez, entre outros”.

### **Modo de Comunicar uma Má Notícia**

Após a análise dos dados obtidos podemos verificar que por norma a transmissão da má notícia é dada em equipa, com pelo menos dois profissionais presentes, é escolhido um local com privacidade em que a família tem possibilidade de estar acompanhada e de manifestar a sua dor. Embora os participantes no estudo tenham referido que não seguem nenhum protocolo para a comunicação de más notícias o que foi observado é que há, talvez pela experiência e percurso profissional, o uso de algumas etapas idênticas. Além do cuidado de preparação do ambiente, é facilitada a presença de outros familiares, a notícia é dada com família e profissionais sentados, mantendo contacto visual, quando possível é usado o toque como forma de apoiar. A notícia é dada de forma gradual, em que há uma preparação para aquilo que vão ouvir. Neste processo o profissional tenta saber aquilo que a família sabe sobre a situação clínica e como isso está a afetá-los. Posteriormente são questionados se querem saber mais alguma coisa. Se a resposta for que sim, é então dada a informação sobre a evolução clínica e prognóstico. Ao longo desta transmissão de informação a família é questionada acerca da compreensão desta informação e o profissional mostra disponibilidade em repetir a informação, tirar dúvidas e dar qualquer apoio que seja necessário. No final é feito um resumo do que foi dito e mais uma vez é possível que a família tire dúvidas e coloque questões. Nos casos em que seja necessário, poderão ser sugeridos algumas formas de apoio. Toda esta informação é dada em linguagem acessível, ajustada à pessoa a quem a informação é transmitida.

A forma como se transmite uma má notícia pode levar a um grande impacto na experiência do processo de doença e morte. Se essas notícias forem comunicadas de uma forma incorreta, podem fazer com que exista equívocos, sofrimento prolongado e ressentimentos, mas se a comunicação

for adequada e bem realizada, pode existir compreensão, aceitação e adaptação.

Na opinião de Cardoso (2019, p.47), “o primeiro passo para responder a emoções é identificá-las, notando alterações na linguagem verbal e não verbal do doente”. Tal implica: estar atento, aberto e disponível à demonstração de emoções por parte dele; estabelecer um bom contacto ocular com ele; prestar atenção às alterações na linguagem corporal, expressão facial e tom de voz do doente enquanto narra a sua experiência da situação. O segundo passo refere-se à procura do momento oportuno para responder às emoções do doente, utilizando comentários e gestos empáticos.

Para Gonçalves (2014, p.57), “a comunicação de uma má notícia, deve ser vista como uma atividade multidisciplinar que requer a participação dos vários profissionais de saúde, tendo estes como dever trabalhar em equipa, respeitando as competências de cada um. Importa ter em mente que comunicar uma má notícia é demasiado complexo e não se cinge a um único momento nem a um único profissional”.

Como refere Brás e Ferreira (2016, p.575), “o trabalho em equipa é um processo complexo, que pressupõe interação de dois ou mais profissionais de saúde que trabalham de forma interdependente para cuidar dos utentes”. Para a mesma autora, em equipa multidisciplinar “a comunicação é difícil devido à especificidade de cada elemento e a uma cultura profissional e institucional rígida, o que condiciona alguns grupos profissionais em se expressar abertamente entre si” (Idem, p.575).

Na opinião de Nunes (2016, p.57), “a informação tem de ser dada com cuidado, em veracidade, com linguagem adequada e em tempos ajustados à compreensão de cada um”. A informação sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da doença, assim como sobre medidas terapêuticas e exames complementares, deve ser dada tendo em conta a pessoa, ou seja, o seu estado emocional, a sua capacidade de compreensão, o seu nível cultural, o que a preocupa e o envolvimento dos que a pessoa pretende envolvidos na sua situação concreta.

Como refere Andrade et al (2014, p.675), ao comunicar notícias difíceis “é essencial que o profissional desperte atenção, empatia e carinho em seu comportamento e sinais não verbais”. A expressão facial, o contacto visual, a distância adequada e o toque nas mãos, braços ou ombros, auxiliam a evidenciar a empatia e proporcionam apoio e conforto.

Segundo Cardoso (2019, p.47), as competências da comunicação “têm por fim apoiar o relato, facilitar a comunicação, ajudar na exploração da informação e, simultaneamente, demonstrar cuidado, empatia e partilha: técnicas de comunicação não verbal, perguntas abertas, encorajamentos verbais curtos, reflexões em espelho, seguimento de pistas verbais, paráfrases, resumos, linguagem positiva, escuta ativa”.

Para Monteiro (2017, p.17), “as expressões faciais, os gestos, o tom de voz, a velocidade, o ritmo, o volume e o conjunto de movimentos são os elementos com maior responsabilidade na transmissão de uma mensagem, muito mais que as palavras”. Segundo o mesmo autor, “todos os sinais que emitimos de uma forma não verbal, consciente ou inconsciente, revelam o que estamos a sentir, quais as nossas intenções ou ações seguintes”. (Idem, p.22). Para a leitura da linguagem corporal, o contexto é muito importante, pois desconsiderá-lo é algo que não se pode fazer, porque a linguagem corporal é influenciada pelo contexto.

Segundo Pereira (2008, p.94), “a habilidade em comunicar é um aspeto fundamental em todo o processo interativo, pois permite ao indivíduo enriquecer os seus conhecimentos, obter satisfação das suas necessidades, assim como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e conhecer o que os outros pensam e sentem”.

A comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimento sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão. Uma comunicação assertiva diminui a ansiedade e conflitos de emoções, o que faz dela uma ferramenta terapêutica importante para a relação profissional de saúde e doente/família.

A arte de comunicação de más notícias exige aprendizagem. Neste sentido, foram desenvolvidos alguns protocolos que visam estabelecer um conjunto de etapas sequenciais que devem ser implementadas de forma a facilitar a comunicação da má notícia e a diminuir o impacto negativo no doente e família.

### **Fatores que Interferem na Comunicação de uma Má Notícia**

Durante a análise dos dados obtidos, verificamos que os participantes referiram um conjunto de fatores que interferem na comunicação de más notícias, sendo estes facilitadores ou dificultadores dessa mesma comunicação. Estes podem relacionar-se com o modo de comunicação, o local em que se comunica, o contexto de doença, a situação do doente/família e a situação do profissional de saúde.

Comunicar eficazmente é simultaneamente importante e complexo, porque implica a utilização e o desenvolvimento de perícias básicas, essenciais à comunicação entre os profissionais de saúde e o doente/família. Torna-se um desafio ainda mais complexo quando temos de transmitir más notícias.

Como refere Nunes (2016, p.45), “a comunicação é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social, uma vez que comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons”. Nas questões

da vida, do pensamento, dos afetos, da saúde e da doença, comunicar é estruturante das relações que estabelecemos.

Percebendo que a comunicação tem um papel importante na readaptação da família à realidade de ter um membro internado numa UCI, é importante que haja uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em adquirir estratégias facilitadoras para o processo de comunicação de más notícias.

Para Brás e Ferreira (2016, p.574), “as competências básicas de comunicação clínica remetem para a prática da escuta ativa, da empatia, da utilização de uma linguagem acessível, aprimoramento da comunicação não verbal, o iniciar, manter e terminar a entrevista clínica”. Segundo a mesma autora, “o conhecimento e utilização de alguns princípios dos processos comunicacionais, proporcionam uma melhor atuação profissional e ressaltam a necessidade de usarmos de forma consciente alguns modos de comunicação verbal e não verbal para que possamos estabelecer uma interação terapêutica para o cuidar com qualidade” (Idem, p.574).

A relação entre utente/família e profissional de saúde é interativa, em que ambos influenciam e mantêm os estilos de comunicação do outro. A efetividade desta comunicação sustenta-se na empatia que se estabelece entre os sujeitos na relação do cuidado, no respeito ao outro, ao seu saber e à sua condição de participante no processo de comunicação.

Para Gonçalves (2014, p.58), “os objetivos da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente/família prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer ouvir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos”. Todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução da incerteza e medos. Segundo a mesma autora, “o estabelecimento da relação de ajuda implica a disponibilidade, a capacidade de escuta e de compreensão, estar atento e preocupar-se com o outro; autenticidade, franqueza e empatia são componentes essenciais ao desenvolvimento da comunicação”. Escutar o outro, atendendo às preocupações verbalizadas e à linguagem corporal, são também fundamentais (Idem, p.58).

Na opinião de Ribeiro (2013, p.35), “é impensável estabelecer-se uma verdadeira relação terapêutica se a comunicação estabelecida não for eficaz. O profissional de saúde sabe que essa é uma condição imprescindível para uma prestação de cuidados personalizada”. Qualquer contacto estabelecido com o doente/família deve incidir numa base de delicadeza, consideração, respeito e comunicação útil. Quando os doentes/famílias obtêm as respostas que pretendem, estabelece-se um clima de confiança com a equipa e a interação entre ambos é positiva. Os doentes sentem-se mais

livres e dispostos a colaborar e cooperar com os profissionais.

Nunes (2016, p.53), refere que “a reação de cada pessoa a uma situação de doença e as estratégias que utiliza estão relacionadas com o seu próprio itinerário existencial, com a perceção que tem sobre as ameaças da doença e os recursos internos que possui”.

Para que o processo de comunicação se faça de forma adequada devem, os profissionais de saúde, ser capazes de analisar e compreender os sentimentos dos outros, sem se deixarem influenciar pelos seus próprios valores, ideias e convicções. Devem também ser dotados de uma capacidade de escuta ativa (escutar implica estar desperto, ativo, formular perguntas e analisar respostas). É necessário escutar aquilo que o doente/família diz, como diz e o que omite, não esquecendo que muitas vezes o silêncio é mais eloquente que as próprias palavras. A compreensão empática é uma outra característica que deve estar presente no profissional de saúde. Para efetivar a relação de ajuda, o profissional deve procurar colocar-se no lugar do outro, analisando a situação segundo os valores daquele a quem os cuidados são dirigidos.

Como refere Brás e Ferreira (2016, p.574), “o estilo comunicacional do profissional de saúde é influenciado, em larga medida, pelos padrões de comunicação do doente, havendo uma correlação positiva entre o nível sócio económico elevado do paciente e a qualidade da relação comunicacional”.

Na opinião de Araújo e Cruz (2016, p.10), “o enfermeiro é responsável por instituir uma comunicação verbal e não verbal marcada pelo reconhecimento emocional do doente e família”. Para a mesma autora, a comunicação verbal transporta apoio, segurança e confiança, transmitindo desta forma, força e esperança no processo de internamento. A comunicação não verbal está presente no contacto físico, evidenciado pelo toque, a expressão facial, postura corporal e aparência física adequada.

Para Mendes (2016, p.7), “a comunicação de más notícias necessita de um cuidado extra na escolha das palavras, do local, do tom de voz, deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem simples e perceptível”.

Os obstáculos à transmissão da informação em contexto de saúde podem ter origem quer no doente/família, quer no profissional de saúde. Torna-se importante identificá-los e contorná-los. A ausência de questões por parte do doente/família, constitui um dos principais obstáculos, pois os profissionais não têm o feedback relativamente ao facto da informação ser ou não a mais adequada e se o doente/família fica mais ou menos informada. A experiência profissional pode ser também um obstáculo, pois esta não é sinónimo de maior competência a nível de comunicação. Um outro

obstáculo à comunicação é o desacordo entre o doente, que pretende ter o máximo de informação relativamente à sua saúde, e o profissional de saúde que se mostra relutante a fornecer certos dados, pois estima que podem ser indutores de ansiedade ao doente. O tipo de linguagem utilizada é também um obstáculo muito frequente a uma comunicação eficaz. Uma linguagem tecnicista, linguagem própria aos profissionais de saúde dificultam a compreensão da mensagem transmitida e pode gerar angústia no doente e na família.

Segundo Cardoso (2019, p.214), “a partilha de informação varia muito, dependendo do grau de conhecimento que o doente já traz. Há doentes que, mesmo após lhes ter sido explicada a situação, dizem não saber nada”. A forma de transmitir a informação dependerá também do nível de compreensão do doente. É também importante descobrir o que o doente quer saber (que quantidade e tipo de informação pretende), e isto decidirá a orientação da partilha de informação.

Nunes (2016, p.51), refere que “é importante ter em conta que a informação transmitida à pessoa deve ser disponibilizada conforme as capacidades de compreensão e de apropriação da própria pessoa”. Para a mesma autora, “a dissonância entre aquilo que é dito e aquilo que a pessoa realmente compreende relaciona-se, muitas vezes, com a ambiguidade da informação e a utilização de palavras de terminologia técnica, que dificultam a compreensão” (Idem, p.55). Para esta autora, os profissionais de saúde devem cuidar da pessoa doente através do diálogo e da responsabilidade, agindo sempre pensando no verdadeiro interesse da pessoa. Assim, “dizer a verdade e respeitar o outro são atitudes fundamentais para que o doente se sinta seguro e apoiado no seu processo de doença, embora que a informação dada à pessoa doente/família deve ser disponibilizada de acordo com a sua capacidade de compreensão e de apropriação (Idem, p.52). A autora é da opinião de que “aos profissionais compete informar, esclarecer, tornar compreensível, revelar, respeitando a dignidade e a autonomia das pessoas, portanto, com cuidado, com compaixão e com solicitude” (Idem p.56). Existe diferença entre informar progressivamente ou “despejar” informações. Estas informações que afetam as pessoas precisam de ser ditas com delicadeza e afabilidade, tendo em conta os riscos decorrentes da “sobrecarga de informação”.

Para Brás e Ferreira (2016, p.573), “o processo de comunicação na área da saúde é muitas vezes informal, desorganizado e variável, com uma série de barreiras à sua eficácia”. Neste processo intervêm múltiplos fatores, nomeadamente os biológicos, psicológicos, psicossociais e os fatores do meio ambiente (ruído, falta de privacidade, falta de espaço). As interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, a não eficiência da passagem de informação entre profissionais, a sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos

que influenciam a eficácia da comunicação em saúde.

De acordo com Silva (2020, p.29), “os enfermeiros estão numa posição privilegiada para intervir no momento da comunicação de más notícias, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam junto das pessoas doentes e famílias, conseguindo desta forma estabelecer com eles relações de confiança e de grande proximidade”. Deste modo, o enfermeiro, pode mais facilmente perceber o momento certo para dar determinada informação, qual a quantidade e âmbito da informação que o doente é capaz de suportar, para perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e ajudá-lo, dando as explicações necessárias em conjunto e em sintonia com a equipa multidisciplinar.

### **Estratégias Mobilizadas**

Pela análise deste estudo, podemos verificar que os participantes não usam nenhum modelo de atuação específico, mas antes fazem-se valer da experiência, quer pessoal, quer profissional para este processo de comunicação de más notícias. Algumas das estratégias mobilizadas são o ser verdadeiro, mostrar disponibilidade, dar apoio/conforto, ser direto, ser empático, conhecer família/história do doente, solicitar apoio de mais familiares, solicitar apoio de mais profissionais de saúde, promover ambiente calmo com privacidade.

Para Pereira (2008, p.91), “a transmissão de más notícias requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa”.

Segundo Cardoso (2019, p.216), “a comunicação de más notícias implica preparação prévia por parte do profissional de saúde no sentido de antecipar o que vai dizer (e como)”.

Na opinião de Silva (2012, p.51), “dar notícias difíceis é um processo gradativo. As verdades podem ser ditas desde que se respeite o limite do outro em querer ouvi-las. Podemos observar no comportamento e na fala da pessoa o seu interesse em continuar ou não uma conversa, um tema (olhar na direção de quem fala ou não, ficar em silêncio ou não, perguntar sobre o tema ou não, esclarecer detalhes sobre o que está sendo dito ou não).

A forma como se comunica uma má notícia é fundamental para a sua aceitação por parte do utente e família. Torna-se tão importante a informação prestada pelos profissionais de saúde como o modo como 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.

Segundo Cardoso (2019, p.224), “a menos que seja inteiramente impossível, a comunicação de más notícias é feita em presença, sendo de evitar a comunicação por telefone. É importante que a comunicação de más notícias seja feita num local que garanta condições de privacidade, onde o profissional e o doente se possam sentar”.

Para Silva (2020, p.31), tendo em conta que a família se encontra a viver uma experiência traumática, “é importante atentar ao modo como são transmitidas as informações, pelo que é essencial informar a família sem a deixar de confortar”. A sensibilidade do profissional de saúde é crucial nesta partilha de informação, mais importante do que o conteúdo da conversa é o modo como esta decorre.

Como refere Mendes (2016, p.7), “a comunicação de más notícias necessita de um cuidado extra na escolha das palavras, do local, do tom de voz; deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem perceptível”. O profissional deve estar atento às diferenças individuais de cada membro da família, adaptando a comunicação a cada um. Esta adaptação equaciona a utilização de termos e linguagem não técnica para que as famílias possam perceber a totalidade da informação.

Na opinião de Gonçalves (2014, p.50), “cada pessoa é diferente no seu modo de ser e agir, nos seus comportamentos e atitudes, sendo assim, é importante ter em consideração que o ato de informar deve ser individualizado e o seu conteúdo deve ser direcionado e adaptado a cada pessoa”.

Durante este processo é importante perceber qual o conhecimento da família sobre o estado do doente, incentivando-os a partilhar as suas opiniões, dúvidas e sentimentos, respeitando e apoiando as crenças dos familiares.

Para Nunes (2016, p.55), “as crenças, as representações e emoções da pessoa e da sua família influenciam a aceitação e a autogestão da doença, que é também fortemente influenciada pelo apoio que a pessoa recebe”. Por isso, ao dar informação sobre o diagnóstico e prognóstico, o profissional de saúde tem uma oportunidade ímpar de escutar, esclarecer, interessar-se pela compreensão e significados que a pessoa atribui.

Segundo Silva (2020, p.31), “o profissional de saúde precisa de mostrar disponibilidade para acompanhar a família durante o tempo que for necessário, permitindo-lhes encontrar algum bem-estar nesta experiência”.

Pereira (2008, p.80), refere que “o profissional deve ouvir o doente e procurar transmitir a verdade possível, respondendo às suas questões de forma adequada, respeitando as suas necessidades, numa base de honestidade, com tato, de modo a responder apenas aquilo que o doente quer saber,



subtraindo aquilo que o doente não está preparado para ouvir, evitando infantilizar e banalizar o momento”.

Na opinião de Cardoso (2019, p.121), “transmitir empatia implica manifestar calor afetivo e demonstrar atenção ao doente, por meios verbais e não verbais. Implica também respeitar o doente como pessoa e nas posições que toma, conceder espaço à expressão de emoções, oferecer apoio e estabelecer com o doente uma aliança terapêutica”.

Andrade et al (2014, p.678), diz que “é importante lembrar que, embora muitos pacientes queiram saber sobre a sua condição de saúde, eles também têm o direito de não querer receber informações a esse respeito”.

Como refere Sá, Botelho e Henriques (2015, p.38), “o cuidado à família consiste em fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica”. A criação de uma relação terapêutica neste contexto, baseia-se na confiança e na capacidade do profissional não esconder as suas próprias emoções, pois este comportamento mostra às famílias a genuinidade das intenções dos profissionais. Para a mesma autora, “a melhor forma de evitar conflitos com a família é através de uma boa comunicação (aberta, direta e honesta), tendo o cuidado de promover conferências familiares sempre que há um agravamento do estado do doente” (Idem, p.42).

### **As Práticas dos Profissionais de Saúde ao Comunicar Más Notícias**

Após análise das observações efetuadas, podemos constatar que os participantes, apesar de referirem não seguir um protocolo específico para comunicar más notícias, têm alguns comportamentos idênticos a alguns dos protocolos referidos anteriormente.

A totalidade dos participantes escolheu um local privado para a comunicação com a família e quase todos foram acompanhados e não foram interrompidos durante a conversa.

Como refere Sequeira (2016, p.216), “deve proporcionar-se um ambiente acolhedor, sem ruídos, respeitando a privacidade”.

Durante a comunicação de más notícias quase todos os participantes tentaram saber se a família já possuía informação e se tinha falado com outros profissionais. Durante este processo todos os profissionais usaram de escuta ativa.

Vai de encontro à opinião de Sequeira (2016, p.216), que diz que “é importante avaliar o que lhe foi dito, a veracidade dessa informação, o nível de compreensão sobre o assunto”.

Embora todos os participantes identifiquem se já há informação prévia, só metade deles é que pergunta à pessoa aquilo que ela quer saber. Parte deles incentiva a pessoa a falar.

Segundo Sequeira (2016, p.216), “cada um pretende um nível de especificidade de informação diferente, pelo que se deve responder em função das necessidades”.

A totalidade dos participantes fazem aviso prévio de que vão dar uma má notícia. Parte deles dá a notícia diretamente e todos eles observam a reação da pessoa.

Vem ao encontro do que nos diz Sequeira (2016, p.217), “a informação deve ser transmitida de forma clara, de acordo com as necessidades e desejos de cada um”. Refere ainda que “é fundamental transmiti-la de forma gradual, fazendo pausas com frequência, prestando atenção à reação do interlocutor, de modo a avaliar se este compreendeu a informação transmitida e esclarecer eventuais dúvidas” (Idem, p.217).

Todos os participantes observam a resposta da pessoa, sendo que quase todos respeita o silêncio e alguns deles respondem de forma simples e clara.

Está de acordo com a opinião de Sequeira que diz que “a transmissão de uma má notícia desencadeia sempre reações emocionais por parte do recetor”. O mesmo autor refere que “deve permitir-se que o interlocutor expresse as emoções, identificando e observando as mais prevalentes, fornecendo o suporte possível e adequado, de modo a tranquilizá-lo” (Idem, p.217).

A totalidade dos participantes identifica o problema e incentiva a pessoa a questionar. Parte deles informa sobre possíveis soluções e apoios.

Isto vai de encontro ao que nos diz Sequeira (2016, p.217), “uma má notícia não tem apenas impacto no presente, uma vez que tem sempre repercussões no futuro, daí ser fundamental elaborar um plano orientador a nível de procedimentos”. Refere ainda que deve “promover-se uma esperança realista, ajudar a desenvolver um plano de ação, principalmente a curto prazo, estabelecer metas concretas, validar se toda a dinâmica foi compreendida e encaminhar o indivíduo para ajuda especializada, se necessário” (Idem, p.217).

Relativamente à linguagem verbal e não verbal utilizada durante as observações conseguimos constatar que maioria dos participantes tem noção da importância da utilização eficaz destes dois tipos de linguagem. Como nos refere Cardoso (2019, p.342), uma comunicação verbal adequada “implica falar devagar, ser claro e utilizar palavras simples, privilegiando exemplos concretos e frases curtas”. O mesmo autor diz que a comunicação não verbal é usada para “valorizar a relação entre os intervenientes através do contacto visual, expressões faciais, gestos e movimentos do corpo que transmitam mensagens da disponibilidade e interesse e forneçam um clima afável e caloroso” (Idem, p.342).

A totalidade dos participantes usou um tom de voz de tonalidade média aquando da comunicação

com a família.

Sequeira (2016, p.70), refere que “o som da nossa voz é extremamente expressivo, pois traduz as nossas reações e emoções, que por vezes são mais importantes do que as palavras que utilizamos”. O mesmo autor diz que “um dos aspetos mais importantes da comunicação não verbal é a para linguística que compreende além do tom de voz, o volume, o ritmo, a dicção, o ênfase e as pausas, os suspiros e os bocejos, e a frequência na emissão de interjeições” (Idem, p.36).

Todos os participantes usam uma linguagem simples e clara, e quase todos apresentam um discurso fluente com poucas hesitações. Parte deles realçam as palavras-chave, o que vai de encontro ao que nos diz Sequeira (2016, p.24) “a comunicação verbal está direcionada para o significado das palavras utilizadas num contexto específico de interação”. Ao manifestar-se por palavras, é o meio privilegiado para transmitir desejos, sentimentos e intenções, sendo que a linguagem é o instrumento mais indicado para transmitir rapidamente os nossos pensamentos. Para o mesmo autor, na comunicação verbal “é muito importante ter em atenção as denominadas componentes para verbais (volume, tom e velocidade de voz, fluência e clareza, duração das intervenções, tempo da espera pela resposta) (Idem, p.24). o mesmo autor refere que “o profissional de saúde, ao comunicar com o utente, deve utilizar frases simples, curtas, concretas; falar lentamente e pronunciar claramente cada palavra; usar palavras que expressem apenas uma ideia; recorrer a exemplos que possam facilitar a compreensão; e repetir no final da mensagem os pontos mais importantes” (Idem, p.68).

Grande parte dos participantes mantém contacto visual direto, olhando nos olhos da pessoa. Dois deles têm uma postura firme, mas sem contacto direto.

Como refere Sequeira (2016, p.74), “numa fase inicial, a comunicação consiste em partilhar um olhar com o outro”. Diz ainda que “o olhar franco e direto do profissional de saúde é um indício de uma comunicação honesta e autêntica” (Idem, p.75).

Parte dos participantes, ao comunicar más notícias, têm uma postura com a cabeça direita ou ligeiramente inclinada. Alguns deles sentam-se de forma correta e ao falar utilizam movimentos das mãos

Vem de encontro o que nos diz Sequeira (2016, p.74), que “a postura e as atitudes corporais dos profissionais de saúde são de vital importância”. Refere ainda que “ao dirigirmo-nos ao outro “face a face” possibilitamos a demonstração da nossa vontade de escutar, estando também favorecendo o contacto entre as pessoas presentes” (Idem, p.74). Considera como posturas corporais importantes o corpo ligeiramente inclinado para o outro e a utilização de gestos suaves.

Alguns dos participantes mostram disponibilidade para o contacto, sendo que quase todos se mantêm próximo durante o encontro. Parte deles usa o toque o que, como nos refere Sequeira (2016, p.779) “o profissional de saúde pode utilizar o toque para receber e/ou transmitir informação, sabendo, à partida, que se trata de um comportamento não verbal, com forte significado e impacto, o que deve implicar o seu uso intencional, tornando-o parte integrante da relação profissional de saúde-pessoa cuidada”

Todos os participantes criam momentos de silêncio e respeitam o mesmo, o que está em consonância com o que nos diz Sequeira (2016, p.130), “os momentos de silêncio são necessários e funcionam como uma estratégia de comunicação”. O mesmo autor refere que “não se deve pressionar o utente, mas, sim, dar-lhe tempo para refletir e organizar o seu discurso” (Idem, p.130). Em síntese, podemos afirmar que estes resultados são, na sua maioria, corroborados por diversos autores que se debruçam sobre a temática e são reveladores de que, de um modo geral, a perceção dos profissionais de saúde sobre o processo de comunicação de más notícias vai de encontro às práticas dos mesmos.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**

Neste capítulo iremos apresentar as principais conclusões do estudo realizado. Será feita uma síntese tendo em conta os resultados obtidos e fazendo uma análise que nos permitirá tecer algumas perspetivas futuras, orientando-nos para novos rumos e desafios no âmbito da comunicação de más notícias, em contexto de cuidados intensivos.

A comunicação de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde, pela complexidade dos aspetos emotivos que lhe estão associados. O profissional de saúde, além de gerir esta situação depara-se com os seus próprios medos e receios face à doença, e mesmo à morte, sentindo a “sensação de espelho”, ou seja, imagina-se a si próprio naquela situação. Muitos profissionais consideram estas interações stressantes e na ausência de treino eficaz podem adotar formas inapropriadas de transmitir más notícias e lidar com as suas repercussões emocionais.

A família do doente crítico apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional. O impacto da doença produz modificações no seio familiar, pelo que recorrer a um serviço de cuidados críticos pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenham experienciado, exigindo-lhes a mobilização de competências e recursos que até à data eram desconhecidos.

Tendo em conta esta realidade, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, numa UCI e tendo como participantes médicos e enfermeiros do referido serviço. A recolha de dados foi efetuada através da entrevista semiestruturada e da observação participante, permitindo-nos obter um conjunto de resultados a partir dos quais emergiram as seguintes conclusões:

- Para os profissionais deste estudo uma má notícia é uma informação desagradável, subjetiva, com um peso negativo para a pessoa que a recebe. É uma informação que não vai de encontro às expectativas de quem a recebe e que vai afetar a realidade e qualidade de vida. É uma informação que causa sofrimento.
- Os participantes referiram diversos sentimentos vivenciados ao comunicar uma má notícia, desde o receio pela forma como a notícia é recebida pelo doente/família, a insegurança de não estar a ser bem compreendido, a tristeza e sofrimento, a empatia, a compreensão e ainda o stress e o distanciamento.
- Para os profissionais deste serviço o tipo de notícia mais frequentemente comunicada é a morte, a doença grave que motiva internamento em cuidados intensivos, a agudização do estado clínico, a presença de défices neurológicos ou motores e a suspensão de tratamento médico.

- Constatamos que para comunicar com a família, o profissional de saúde utiliza a comunicação verbal (em que utiliza uma linguagem adequada), e a comunicação não verbal (onde há recurso ao contacto visual, à postura, à expressão visual, ao toque e à para-linguística, que consiste num conjunto de sinais que exteriorizam o estado de espírito do indivíduo e incluem o tom de voz utilizado, o ritmo da fala, os momentos de silêncio, o volume da voz, as pausas utilizadas durante o discurso verbal), estando também presentes diversas atitudes comunicacionais (Suporte emocional, disponibilidade, escuta ativa, respeito/ser verdadeiro).

- Emergiram diversos fatores que interferem com a comunicação de uma má notícia e que se podem constituir como facilitadores e dificultadores, nomeadamente: o contexto da doença (agudização de uma doença já conhecida ou uma situação inesperada); o local em que se comunica (privacidade e conforto proporcionados); o modo de comunicação (linguagem, tom de voz, discurso objetivo, empatia, promoção de colocação de dúvidas e questões); à situação do doente/família (reação do doente/família, nível cultural do doente/família, idade do doente, recetividade por parte do doente/família em receber a informação e conhecimento prévio por parte do doente/família da situação clínica); relacionados com o profissional de saúde (respeitar o momento, disponibilidade, conhecimento prévio da história do doente, inexistência de relação prévia e presença de pessoas significativas).

- Dos discursos produzidos podemos perceber que são diversas as estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde ao comunicar uma má notícia: ser verdadeiro, mostrar disponibilidade, dar apoio, ser direto, dar conforto, ser empático, usar tom de voz suave, conhecer a família, conhecer bem a história do doente, solicitar a presença de mais familiares, solicitar a presença de mais profissionais de saúde e promover um ambiente calmo, com privacidade.

Em síntese, podemos concluir que existe por parte dos participantes conhecimento dos aspetos significativos do processo de comunicação profissional de saúde-doente/família, bem como dos fatores que influenciam de forma positiva e negativa, permitindo desenvolver estratégias que promovam a melhoria deste processo de comunicação de más notícias.

Embora não esteja presente nenhum modelo comunicacional aquando da comunicação de más notícias no serviço, os profissionais de saúde assumem que é fundamental a formação específica na área de comunicação, o que permitirá o desenvolvimento de competências comunicacionais, que consequentemente levarão à melhoria de cuidados nesta área.

Estes resultados, na nossa perspetiva, evidenciam a importância da temática escolhida e refletem a complexidade do processo de comunicação e a dificuldade que o profissional tem em lidar com

este processo. A comunicação de más notícias constitui-se um enorme desafio quer para quem recebe a notícia, quer para quem a transmite. Não obstante ter uma vasta experiência profissional, transmitir algo que sabemos ter naturalmente um impacto negativo requer uma preparação prévia e adaptada a cada situação, criando uma relação de empatia e facilitando os cuidados que daí advêm.

Transmitir más notícias requer uma preparação prévia e deve ser efetuada num clima de confiança, dando oportunidade ao doente/família para lidar com as suas emoções, havendo por parte do profissional de saúde o encorajamento necessário de forma que expressem essas mesmas emoções e ao mesmo tempo disponibilizando todo o apoio necessário.

A confiança nos profissionais de saúde assenta na fiabilidade das suas condutas, pois é esperado que informem a pessoa e cuidem dela, no diálogo e na responsabilidade, agindo no sentido do que é verdadeiramente o melhor interesse da pessoa. Dizer a verdade, respeitar o outro, são atitudes fundamentais.

Para que a comunicação estabelecida seja válida, é necessário que ocorra um investimento relacional por parte de todos os profissionais de saúde. A expectativa de sucesso da informação fornecida será tanto mais elevada quanto mais explorada for a realidade. Desta forma é necessário que o profissional invista na sua formação, utilizando estratégias eficazes para uma comunicação plena.

Terminado este percurso, sentimos que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, embora surgissem algumas limitações na recolha de dados, relacionada essencialmente com o contexto atual de pandemia, em que há uma diminuição do número de visitas aos doentes hospitalizados, bem como com alguma dificuldade em conciliar a realização da investigação com a atividade profissional.

Apesar das limitações e dificuldades, podemos afirmar que a realização deste estudo constituiu um percurso de aprendizagem por excelência, através da partilha de experiências e de conhecimento, permitindo, assim, um crescimento e valorização pessoal e profissional.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANDRADE, Cristiani; COSTA, Solange; LOPES, Maria Emília; OLIVEIRA, Regina; NÓBREGA, Maria e ABRÃO, Fátima - Comunicação de Notícias Difíceis para Pacientes sem Possibilidade de Cura e Familiares: Atuação do Enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, 2014. Vol.22 nº5, p.674-679.

ARAÚJO, Ana Cláudia e CRUZ, Isabel Cristina – Communication of the Clinic Deterioration: Systematic Literature Review for a Clinical protocol. **Journal of Specialized Nursing**, 2016. Vol.8, nº1, p.1-14.

ARAÚJO, Janete; LEITÃO, Elizabeth – A Comunicação de Más Notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro. ISSN 1983-2567. Vol.11, nº2 (2012), p.58-62.

BARDIN, Laurence - **Análise de Conteúdo**. Edições 70 LDA, 2011. ISBN 856-293-8041.

BORGES, Moema da Silva et al – A Comunicação da Má Notícia na Visão dos Profissionais de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletivas**, 2012. Vol.6, nº3, p.113-126.

BRÁS, Cláudia; FERREIRA, Manuela – A Comunicação e a Qualidade dos Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura In COSTA, António et al – **Atas de Investigação Qualitativa na Saúde**. Portugal: ATAS CHIQ, 2016 Vol.2, p.572-577 ISBN 9789728914592.

BRITO, Fabiana Medeiros et al - Comunicação na Iminência da Morte: percepções e estratégias adaptadas para humanizar o cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery**, 2014. Vol.18, nº2, p.317-322.

BUCKMAN, Robert – Breaking Bad News: The Spikes Strategy. **Community Oncology**, 2005. Vol.2, nº2, p.138-142.

CABETE, Dulce dos Santos et al – Apoio Emocional à Família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenções de Enfermagem. **Revista de Enfermagem IV**, nº20, p.129-138. ISSN 0874-0283.

CAMARGO, Nicole; LIMA, Marcelo; BRIETZKE, Elisa; MUCCI, Samantha e GÓIS, Aécio - Ensino de Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática. In **Revista Bioética**, 2019. Vol.27, nº2, p.326-340.

CARDOSO, Rui Mota – **Competências Clínicas de Comunicação**. Unidade de Psicologia Médica Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2019. ISBN 978-989-97953-0-3.

CARNEIRO, Ana Catarina - **Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência**. Viana do Castelo, 2017. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

CASTRO, Cidália – **O Internamento numa UCI: a experiência vivida da pessoa em situação crítica**. Tese de Doutoramento, 2016. Universidade Católica Portuguesa.

CÔRTE-REAL, Isabel – Enfermagem em Cuidados Intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética: cadernos de bioética**. Coimbra, 2007 N°1, p.115-123. ISSN 164-8082.

CUNHA, Raquel José - **A Comunicação de Más Notícias numa Unidade de Cuidados Integrados**. Viana do Castelo, 2018. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos.

EDWARDS, M. – How to Break Bad News and Avoid Common Difficulties. **Nursing and Residential Care**, 2010. Vol.12, n°10, p.495-497.

ESTEVES, Anabela; GOMES, Rui – Stress, avaliação cognitiva e adaptação do trabalho na classe de enfermagem. **Cadernos de Ciência e Saúde**, 2014. Vol.4, n°1.

FALLOWFIELD, Lesley e JENKINS, Valerie – Communicating Sad, Bad and Difficult News in Medicine. In **Lancet**, 2004. Vol.364 (9405), p.312-319 ISSN 0140-6736.

FONSECA, Rita - **Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado.

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação. Da Conceção à Realização**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-10-7.

FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREITAS, Cecília – **A Humanização dos Cuidados como Caminho para a Excelência da Prática de Enfermagem**. Relatório de Estágio, 2017. Universidade Católica Portuguesa.

FREIXO, Manuel João - **Teorias e Modelos de Comunicação**. 3ªEd. Lisboa: Instituto Piaget, 2012. ISBN 978-989-659-110-6.

FREIXO, Manuel João – **Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas**. 5ªEd. Lisboa: Edições Piaget, 2018. ISBN 978-989-759-120-4.

GONÇALVES, Ângela - **Comunicação de Más Notícias a Pessoa com Doença Oncológica: a necessidade de implementar a (bio)ética na relação - Um estudo exploratório**. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina, 2013. Dissertação de Mestrado.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

JOSÉ, H. - Comunicar as Más Notícias. **Nursing. Revista de Formação Contínua em Enfermagem**, 2010. Vol.22, nº26, p.10.

KEER, R.; DESCHEPPER, R.; HUYGHENS, L. e BILSEN, J. - Challenges in Delivering Bad News in a Multi-Ethnic Intensive Care Unit: a Ethnographic Study. **Patient Education and Counseling**, 2019. Nº102, p.2199-2207.

LASKIN, Alexander – **Managing Investor Relations: Strategies for Effective Communication**. New York: Business Expert Press, 2010. ISBN 9781606490808.

MARTINS, José - Investigação em Enfermagem. Alguns Apontamentos sobre a Dimensão Ética. **Pensar Enfermagem**. Lisboa, 2008. Vol.12, nº2, p.62-66. ISSN 0873-8904.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions Theory: Middle-Range and Situation - Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York. Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MENDES, Anabela – Sensibilidade dos Profissionais Face à Necessidade de Informação: Experiência Vivida pelos Familiares na Unidade de Cuidados Intensivos. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2016. Vol.25, nº1, p.1-9.

MONTEIRO, Alexandre – **Os Segredos que o Nosso Corpo Revela**. Editorial Presença, 2017. ISBN 978-989-8818-78-2.

NETO, Isabel Galriça – **Cuidados Paliativos - Conheça-os melhor**. Fundação Francisco Manuel

*A Comunicação de Más Notícias em Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*

dos Santos. Lisboa, 2020. ISBN 978-989-9004-58-0.

NOGUEIRA, Jane; RODRIGUES, Maria - Comunicação Efetiva no Trabalho em Equipa em Saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. Paraná. Vol.20, nº3, p.636-640, 2015. ISSN 2176-9133.

NUNES, Lucília - **E Quando Não Puder Decidir?** Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016. ISBN 978-9898-838-698.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Deontologia Profissional de Enfermagem**. Artes Gráficas, 2015.

PEREIRA, Ana; FORTES, Isa; MENDES, João - Comunicação de Más Notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Portugal. Vol.7, nº1, p.227-235, 2013. ISSN 1981-8963.

PEREIRA, Maria Aurora - Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2005. Vol.14, nº1, p.33-37.

PEREIRA, Maria Aurora - **Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-924.

PHANEUF, M. - **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

POTT, F.S. et al – Medidas de Conforto e Comunicação nas Ações de Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013. Vol.66, nº2, p.174-179.

QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel - Comunicação in BARBOSA, António; NETO, Isabel - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. P. 461-485. ISBN 978 –972-9349-225.

REGO, Arménio – **Comunicação Pessoal e Organizacional: Teoria e Prática**. Edições Sílabo, LDA. 4ªEd., 2016. ISBN 978-972-618-852-0.

RIBEIRO, José Luis - **Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde**. Placebo, Editora LDA. 2ªed, 2010. ISBN 978-989-8463-01-2.

RIBEIRO, Raquel Alexandra – **A Transmissão de Más Notícias na Perspetiva do Enfermeiro**. Lisboa, 2013. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica.

SÁ, Florinda; BOTELHO, Maria; HENRIQUES, Maria – Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. **Pensar Enfermagem**, 2015, p.31-46.

SAIOTE, Elisabete – **A Perceção dos Enfermeiros sobre a Importância da Partilha de Informação com os Familiares numa Unidade de Cuidados Intensivos**. Lisboa, 2010. Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

SALAZAR, Helena – **Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos**. FACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa, 2017. ISBN 978-989-693-067-7.

SAMPIERI, Roberto Hernández et al – **Metodologia de Pesquisa**. 5ªed. Porto Alegre: Penso Editora LDA, 2013. ISBN 978-6071-502-919.

SANTOS, Iraci; SILVA, Lenilce; PACHECO, Sandra; MOREIRA, Marléa; SILVA, Leandro e NASCIMENTO, Alexandre – Autoperceção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Difíceis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. **Revista Enfermagem UERJ**, 2017. Vol.25, p.1-7.

SANTOS, Lúcia – **A Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Diretiva Antecipada de Vontade**. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2019. Viana do Castelo.

SEQUEIRA, Carlos - **Comunicação clínica e Relação de Ajuda**. Lisboa: Lidel, 2016. ISBN 978- 989-7521-683.

SERRA, Joana e ALBUQUERQUE, Emília - A Transmissão de Más Notícias: Uma Reflexão. In **Psiquiatria Clínica**, 2006. Vol.28, nº1, p.75-82.

SILVA, Anabela – **A Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos – Vivências da Família**. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012. Viana do Castelo.

SILVA, Fabiana - Comunicação de Más Notícias. In **Revista Evidência**, 2017. Vol.12, nº1, p.34-

38.

SILVA, Maria - Comunicação de Más Notícias. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012. Vol.36, nº1, p.49-53. ISSN 1980-3990.

SILVA, Maria; ARAÚJO, Mónica - A Comunicação em Cuidados Paliativos In CARVALHO, Ricardo; PARSONS, Henrique – **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ªed.Brasil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. P. 75-85. ISBN 978-858-8971-8271.

SILVA, Rosa – **Comunicação de Más Notícias à Família do Doente Crítico em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos**. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2020.

SILVEIRA, Rosemary et al – **Uma Tentativa de Humanizar a Relação da Equipa de Enfermagem com a Família de Pacientes Internados na UTI**. Texto e Contexto Enfermagem, 2005. Vol.14, p.125-130.

STEFANELLI, Maguida; CARVALHO, Emília - **A Comunicação nos Diferentes Contextos de Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Manole, 2012. ISBN 978-852-042-1963.

WARNOCK, Clare et al – Breaking Bad News in Inpatient Clinical Settings Role of the Nurse. **Journal of Advanced Nursing**. Reino Unido, 2010. Vol.66, nº7, p.1543-1555. ISSN 101-111.

WONG, Pauline; LIAMPUTTONG, Pranee; KOCH, Susan e RAWSON, Helen – Families Experience of their Interactions with Staff in an Australian Intensive Care Unit (ICU): A Qualitative Study. IN **Intensive and Critical Care Nursing**, 2014. Vol.31, nº1, p.51-63.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**



**LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS**

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo  
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): Entrevista semi-estruturada e observação participante
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:

---

**COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES**

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 02 de Dezembro de 2019

Nome legível: Alda Maria Marinho Lopes Alda Maria Marinho Lopes  
assinatura

**Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMUP** Emitido na reunião plenária da CE de 19/12/19

*Aguarda esclarecimentos.*

  
Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

Centro Hospitalar **São João**

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS  
ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A)  
INVESTIGADORIAL. A CES APROVA POR UNANIMIDADE O  
PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR A  
REALIZAÇÃO DESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

23/01/2020   
Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1**  
**GUIÃO DA ENTREVISTA**

## **I PARTE- Acolhimento**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OBJETIVO-</b> Informa o entrevistado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do entrevistador;</li> <li>• Informar acerca do tema e dos objetivos do estudo;</li> <li>• Garantir a confidencialidade e o anonimato;</li> <li>• Solicitar o consentimento informado para a participação no estudo</li> </ul>
---	---

## **II PARTE- Caracterização do entrevistado**

<p><b>OBJETIVO-</b> Caracterizar o entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade - entre 20-30 - entre 31-40 - entre 41-50 - entre 51-60 -</li> <li>• Formação académica Licenciatura: Mestrado: Em: Especialidade: Em: Pós-Graduação: Em: Doutoramento: Em:</li> <li>• Tempo de serviço:</li> <li>• Tempo de serviço em cuidados intensivos:</li> </ul>
---	--

### III PARTE- Objetivos/Questões orientadoras

<b>OBJETIVOS</b>	<b>QUESTÕES ORIENTADORAS</b>
<b>1-</b> Perceber o significado de má notícia para os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"><li>• O que significa para si uma má notícia?</li></ul>
<b>2-</b> Perceber os sentimentos dos profissionais de saúde ao transmitir más notícias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fale-me sobre o que sente quando transmite uma má notícia?</li></ul>
<b>3-</b> Identificar o tipo mais frequente de má notícia observada na UCIPU	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que tipo de más notícias são comunicadas mais frequentemente neste serviço?</li></ul>
<b>4-</b> Descrever o modo de comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diga-me como se realiza a transmissão de uma má notícia no seu serviço?</li><li>• Que tipo de informação fornece aos doentes e seus familiares?</li><li>• Na sua opinião quais são os aspetos mais significativos no processo de comunicação de más notícias?</li><li>• Quais as estratégias que mobiliza para comunicar uma má notícia?</li></ul>
<b>5-</b> Identificar fatores facilitadores e dificultadores sentidos pelos profissionais no processo de comunicação de más notícias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Na sua opinião quais os aspetos que facilitam o processo de comunicação de más notícias? E quais os aspetos dificultadores?</li></ul>
<b>6-</b> Identificar estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Na sua opinião, quais são as competências/habilidades que o profissional de saúde deve possuir ao transmitir más notícias?</li></ul>

#### **IV PARTE- Finalização da entrevista**

- 1.** Agradecer a colaboração do entrevistado e reforçar a importância da sua participação no estudo;
- 2.** Fazer um resumo dos aspetos mais importantes que foram abordados durante a entrevista;
- 3.** Permitir ao entrevistado acrescentar mais alguma informação ou sugestão que não tenha tido oportunidade de referir durante a entrevista.

**APÊNDICE 2**

**GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

<b>OBJETIVO</b>	<b>ASPECTOS A OBSERVAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar as práticas dos profissionais de saúde ao comunicar más notícias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Local e ambiente da interação;</li> <li>• Tipo de informação proporcionada ao doente/família;</li> <li>• Modo como o profissional de saúde comunica com o doente/família;</li> <li>• Reações verbais e não-verbais do doente/família.</li> </ul>

## COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS

### A) Procedimento

<b>1- Preparação e escolha de local adequado</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>1.1</b> - Local privado			
<b>1.2</b> - Sem interrupções			
<b>1.3</b> - Acompanhada			
<b>2 – Perceber o que a pessoa já sabe</b>			
<b>2.1</b> - Já possui informação			
<b>2.2</b> - Já falou com outro profissional			
<b>2.3</b> - Presença de escuta ativa			
<b>3 – Perceber o que a pessoa quer saber</b>			
<b>3.1</b> - Identificar informação já existente			
<b>3.2</b> - Identificar o que a pessoa quer saber			
<b>3.3</b> - Incentiva a pessoa a falar			

<b>4 - Dar a notícia</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>4.1</b> - Há aviso prévio de que é uma má notícia			



<b>4.2</b> - Dá notícia diretamente			
<b>4.3</b> - Observa reação da pessoa			
<b>5 - Reação e perguntas</b>			
<b>5.1</b> - Observa a resposta da pessoa			
<b>5.2</b> - Respeita o silêncio			
<b>5.3</b> - Responde de forma simples e clara			
<b>6 – Resumo e adoção de estratégias</b>			
<b>6.1</b> - Identifica o problema a resolver			
<b>6.2</b> - Incentiva a pessoa a questionar			
<b>6.3</b> - Informa sobre possíveis soluções e apoios			

## B) Linguagem verbal e não-verbal

<b>1 - Voz</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>1.1</b> - Tonalidade alta			
<b>1.2</b> - Tonalidade média			
<b>1.3</b> - Tonalidade baixa			
<b>2 - Linguagem</b>			
<b>2.1</b> - Fluente, com poucas hesitações			
<b>2.2</b> - Simples e clara			
<b>2.3</b> - Realça as palavras chave			
<b>3 – Contacto visual</b>			
<b>3.1</b> - Direto, nos olhos do interlocutor			
<b>3.2</b> - Firme, mas sem contacto direto			
<b>3.3</b> - Evita o olhar direto			
<b>4 – Movimentos corporais</b>			
<b>4.1</b> - Cabeça direita ou ligeiramente inclinada			

<b>4.2</b> - Sentado de forma correta			
<b>4.3</b> - Movimentos das mãos (convidando a falar)			
<b>5 - Toque</b>			
<b>5.1</b> - Mostra disponibilidade parao contacto			
<b>5.2</b> - Mantém-se próximo			
<b>5.3</b> - Se necessário, usa o toque			
<b>6 - Silêncio</b>			
<b>6.1</b> - Gere momentos de silêncio			
<b>6.2</b> - Respeita silêncio			

**APÊNDICE 3**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, Alda Maria Marinho Lopes, aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS-IPVC, pretendo realizar um estudo de investigação com o tema “Comunicação de más notícias em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira e coorientação da Professora Arminda Lima Vieira. Assim, surgiu a necessidade de recolha de dados a enfermeiros e médicos que exerçam a sua atividade profissional na UCIPU.

Com este trabalho de investigação pretendo analisar a prática de comunicação de más notícias dos profissionais de saúde na UCIPU. Como objetivos específicos delineamos: perceber o significado de má notícia para os profissionais de saúde; perceber os sentimentos dos profissionais ao transmitir más notícias; identificar o tipo mais frequente de má notícia observada na UCIPU; descrever o modo de comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde; identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo da comunicação de más notícias e identificar estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias.

Neste sentido, será pertinente esclarecer determinados aspetos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- A informação recolhida será utilizada exclusivamente para este trabalho e não estará acessível a terceiros;
- O trabalho destina-se a observar e registar a vivência dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) na comunicação de más notícias;
- Os dados serão recolhidos através de entrevista semiestruturada e de observação participante;
- A seleção dos participantes será de acordo com os critérios de elegibilidade;
- Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- A participação dos informantes é voluntária;
- A confidencialidade e a privacidade são salvaguardadas;
- Após a conclusão do estudo as informações recolhidas serão destruídas, bem como o consentimento informado;

Compreendo as explicações que me foram transmitidas sobre o trabalho de investigação a desenvolver.

Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que considerei importantes, tendo obtido resposta satisfatória e aceitando, por isso, participar no estudo.

DATA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

Eu, Alda Maria Marinho Lopes, abaixo assinado, declaro que expliquei os objetivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em causa e confirmei o seu correto entendimento.

DATA:

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR:

**APÊNDICE 4**  
**INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Chamo-me Alda Maria Marinho Lopes, sou aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da ESS-IPVC. Este estudo surge como parte do Projeto de Investigação, e tem como tema “Comunicação de más notícias em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência”. O estudo será efetuado na UCIPU e tem como população-alvo médicos e enfermeiros do serviço que tenham uma intervenção direta com o doente/família e que aceitem participar.

Sendo a comunicação, nomeadamente de uma má notícia à família de uma pessoa em situação crítica, uma constante no quotidiano dos profissionais de saúde, esta constitui-se quase sempre como uma situação difícil e complexa, sobretudo pela necessidade de lidar com as reações físicas e as próprias emoções da pessoa e família. O internamento em unidades de cuidados intensivos é para a família uma experiência stressante, pois geralmente é um acontecimento súbito, perante o qual a família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que desencadeia diferentes tipos de necessidades, podendo esta experiência constituir um evento traumático do qual poderá resultar uma crise acidental. Tendo em conta o contexto onde exerço a minha atividade profissional (UCIPU), e face às dificuldades sentidas e manifestadas pelos profissionais, foi do nosso interesse a exploração desta temática, de modo a contribuir para um melhor desempenho dos profissionais deste serviço, nesta área. O profissional de saúde, além de gerir esta situação, depara-se com os seus próprios medos e receios face à doença, e mesmo à morte, sentindo a “sensação de espelho”, ou seja, imagina-se a si próprio naquela situação. A informação que afeta negativamente as expectativas e perspetivas futuras da pessoa/família, destruindo esperanças e sonhos na vida dos mesmos, é percebida como uma má notícia. Todo este processo é um desafio para os profissionais de saúde, quer pela gravidade da situação em caso de doença, quer pela situação de morte, pelo que a comunicação de más notícias não deve ser um ato improvisado, mas previamente preparado de modo a ter todo o conhecimento necessário sobre a situação e sobre a abordagem comunicacional. Importa ter em mente que comunicar uma má notícia é demasiado complexo e não se cinge a um único momento e a um único profissional. Muitos profissionais consideram estas interações stressantes e na ausência de treino eficaz podem adotar formas inapropriadas de transmitir más notícias e lidar com as suas repercussões emocionais. A exploração de saberes na área de comunicação de más notícias permite a construção de protocolos que constituem uma série de atitudes e comportamentos que suportam uma intervenção humana e facilitadora, quer para o profissional de saúde, quer para a pessoa e família.

Como objetivo geral deste estudo pretendemos analisar a prática de comunicação de más notícias em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência. Para tal, delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o significado de má notícia para os profissionais de saúde;
- Perceber os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde ao comunicar uma má notícia;
- Identificar o tipo de má notícia mais frequente numa unidade de cuidados intensivos;
- Descrever o modo de comunicação de uma má notícia pelos profissionais de saúde;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de comunicação de más notícias;
- Identificar estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias.

Face à temática em estudo e aos objetivos preconizados, esta pesquisa assentará num paradigma qualitativo. É um estudo de natureza exploratória-descritiva. Optamos por instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada e a observação participante. Para operacionalização desta estratégia vamos recorrer a

*A Comunicação de Más Notícias em Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*

dois instrumentos (Guião da entrevista e Guião da observação participante). Não se prevêem riscos ou danos para os participantes. A participação no estudo é voluntária. Para a realização deste estudo serão assegurados o Princípio da Confidencialidade e Privacidade do indivíduo.

**APÊNDICE 5**

**MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS DAS ENTREVISTAS**



Quadro 1 – Matriz de redução de dados das entrevistas – Áreas temáticas, categorias, subcategorias, unidades de registo e número de unidades de análise

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
<b>SIGNIFICADO DE MÁ NOTÍCIA</b>	Informação desagradável		(...) “é uma coisa menos agradável, que provoca sofrimento” (EE1) (...) “é uma notícia desagradável que não vai de encontro às minhas expectativas” (...) (EE16)	2
	Informação subjetiva		(...) “é uma informação subjetiva” (...) (EM2)	1
	Informação com peso negativo para quem a recebe		(...) “que tem um peso negativo na outra pessoa” (EM2)	1
	Informação que causa sofrimento		(...) “é uma coisa menos agradável que provoca sofrimento” (EE1) (...) “e que nos vai causar algum tipo de sofrimento” (...) (EE18) (...) “uma coisa dolorosa, que causa sofrimento” (...) (EE20)	3
	Informação que não vai de encontro às expectativas		(...) “é algo que não vai de encontro às expectativas do familiar ou doente” (EE4) (...) “uma má notícia que não vai de encontro às expectativas de quem a recebe” (...) (EM7) (...) “é algo que não vai de encontro às expectativas dos familiares” (...) (EE8) (...) “quando as expectativas que os familiares têm relativamente ao doente são defraudadas” (...) (EM11) (...) “que não vai de encontro às minhas expectativas” (...) (EE16) (...) “não vai de encontro às nossas expectativas. É uma coisa dolorosa” (EE20)	6
	Informação que vai afetar a realidade		(...) “que vá afetar a realidade deles ou a qualidade de vida” (...) (EE13)	1
	Informação que vai afetar a qualidade de vida		(...) “que vá afetar a realidade deles ou a qualidade de vida” (...) (EE13) (...) “que causa sofrimento a quem recebe e vai afetar a sua qualidade de vida” (EE20)	2

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
<b>SENTIMENTOS VIVENCIADOS</b>	Sofrimento		(...) “porque nós também somos filhos de alguém, pais de alguém e também rapidamente transpomos essa sensação” (EM7) (...) “É impossível não reagir, não ter qualquer tipo de reação de sofrimento dos outros (...)” (EM10)	2
	Tristeza		(...) “alguma tristeza também, porque são notícias tristes” (...) (EE8) (...) “às vezes tenho sentimentos de tristeza, de solidariedade com o outro” (...) (EE13) (...) “sinto alguma tristeza e às vezes há aquela lágrima no canto do olho” (...) (EE19)	3
	Compreensão		(...) “No fundo é a compreensão, é elas perceberem que apesar de nós sentirmos à nossa maneira e apesar de não ser nosso familiar, é nosso doente e também mexe connosco de alguma forma” (...) (EE6) (...) “Mas necessariamente também mexe connosco porque nós temos os doentes ao nosso cuidado e muitas vezes durante bastante tempo e nós vamo-nos afeiçoando e acabamos por viver de perto as angústias da família” (...) (EM7) (...) “para as pessoas perceberem que estamos num diálogo importante, mas ao mesmo tempo ela tem a minha atenção completa, naquele momento” (...) (EM7)	3
	Solidariedade		(...) “Sem querer acabamos por nos envolver na emoção e no sentimento com a família” (EE9) “Sim, é assim, uma pessoa nem que seja por comparação vive um bocadinho a situação das pessoas” (...) (EM11) (...) “às vezes tenho sentimentos de tristeza, de solidariedade” (...) (EE13) (...) “Muitas vezes pomo-nos no lugar do outro, e acabamos por ficar envolvidos” (...) (EE19)	4
	Frieza		(...) “acabamos por ganhar alguma frieza para conseguir gerir estas más notícias e comunicá-las de uma forma humana mas sem nos afetar a nós” (...) (EE15)	1
	Stress		“Depende muito das situações, mas em algumas alturas e mediante o contexto, causam-me muito stress” (...) (EE1)	1
	Receio		“Quando tenho necessidade de dar uma má notícia sinto algum receio pela forma como a família/doente recebe a notícia” (...) (EE3) “Um bocadinho de receio, porque não sei como é que as pessoas vão receber a notícia” (...) (EE8) (...) “que não seja bem percebida, a reação da pessoa que a recebe também é incerta” (...) (EE14)	3
	Insegurança		(...) “aquela insegurança de ir dar uma informação que não seja bem absorvida” (...) (EE14) (...) “pessoalmente não gosto muito de dar este tipo de notícia, pois acho que sinto alguma insegurança” (...) (EE19)	2
	Empatia		(...) “é claro que há sempre sentimentos de empatia, quando nos colocamos no lugar da outra pessoa” (...) (EE5) “Empatia, ou pelo menos tento demonstrar isso” (...) (EE6) (...) “e alguma empatia, porque já tive familiares doentes, e sei o que é estar do outro lado” (...) (EE9) (...) “sem querer acabamos por nos envolver na emoção e no sentimento da família” (EE9) (...) “Às vezes tenho sentimentos de tristeza, de solidariedade, de empatia com o outro” (...) (EE13) “O profissional acaba por se colocar um pouco no papel de quem está a receber a notícia” (...) (EE15)	7

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
<b>TIPO DE MÁ NOTÍCIA</b>	Suspensão de tratamento médico		<p>“Ao transmitir más notícias tentamos criar empatia e colocamo-nos no lugar do outro” (...) (EE16)</p> <p>“Uma situação frequente é a suspensão de medidas” (...) (EE1)</p> <p>(...) “agravamento do estado geral. Por vezes temos necessidade de falar sobre suspensão de medidas ou não escalada de medidas” (EE3)</p> <p>“Normalmente este tipo de más notícias são a limitação de cuidados” (...) (EE4)</p> <p>“agravamento do estado clínico, cessação de tratamento, que motivam decisões de suspensão de medidas ativas de tratamento” (...) (EM7)</p> <p>“Suspensão de cuidados, uma doença terminal, a morte iminente” (EM10)</p> <p>(...) “a suspensão de medidas por não termos mais nada a oferecer ao doente” (...) (EE20)</p>	6
	Agudização do estado clínico		<p>(...) “situações em que o estado clínico está a desenrolar-se de forma menos positiva” (...) (EM2)</p> <p>“Normalmente informamos sobre o estado crítico do doente ou do agravamento do estado geral” (...) (EE3)</p> <p>(...) “sempre que a situação está a evoluir não de uma forma positiva, mas de uma forma negativa” (...) (EE15)</p> <p>“Normalmente são a evolução negativa do estado clínico” (...) (EE20)</p>	4
	Presença de défices neurológicos/motores		<p>(...) “é quando os doentes ficam com défices ou neurológicos ou motores que vão limitar muito a qualidade de vida” (...) (EM11)</p> <p>(...) “e também a limitação com que muitos doentes ficam, seja a nível neurológico ou físico” (...) (EE13)</p> <p>(...) “Quando as coisas correm mal é comunicado o agravamento do estado clínico, ou que vai falecer, ou que vai ficar com muitas sequelas” (EE15)</p> <p>(...) “e também diagnósticos de perda de funções do doente, como hemiplegias ou estados vegetativos” (EE19)</p>	4
	Morte		<p>“A notícia da morte quando há um falecimento” (...) (EE8)</p> <p>“Habitualmente, é de morte” (...) (EE13)</p> <p>“Comunicamos a situação de morte” (...) (EE13)</p> <p>“Aqui as más notícias têm a ver com a morte” (...) (EE14)</p> <p>(...) “As sequelas e a morte acho que são as mais comunicadas” (EE17)</p> <p>(...) “a suspensão de medidas por não termos mais nada a oferecer ao doente e a morte” (EE20)</p>	6
	Doença grave		<p>“Normalmente informamos sobre o estado crítico do doente” (...) (EE3)</p> <p>(...) “o facto de ter que ser admitido em cuidados intensivos pela gravidade do estado clínico” (EE8)</p> <p>(...) “explicar à família que o seu familiar desenvolveu um quadro clínico que pode culminar em morte” (...) (EE9)</p> <p>(...) “primeiro o facto de estarem em cuidados intensivos por si só, já é uma má notícia” (...) (EE15)</p> <p>“A principal é o diagnóstico inicial e o facto de estar internado em cuidados intensivos” (...) (EE16)</p>	5

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
<b>MODO DE COMUNICAÇÃO</b>	Comunicação verbal	Linguagem adequada	(...) “pôr-nos um bocadinho no papel do outro, adequarmos a linguagem e dar-lhes atenção e tempo” (...) (EE13) (...) “explicar as coisas de forma que qualquer pessoa possa perceber” (...) (EE15) (...) “falarmos numa linguagem que seja muito perceptível, compreendida pela família” (...) (EE18) (...) “Acho importante adequar a linguagem à pessoa que temos à nossa frente, pois se esta não for perceptível a mensagem não é bem compreendida” (...) (EE20)	4
		Linguagem clara	(...) “dar informação clara e direta e se possível ter a equipa em conjunto” (...) (EM2) “Os aspetos mais significativos acho que são a clareza da informação” (...) (EE14)	2
		Linguagem direta	(...) “dar o mais objetivamente essa mesma informação” (...) (EM11)	1
	Comunicação Não verbal	Contacto visual	(...) “normalmente peço para estar toda a gente sentada e tento olhar nos olhos ao falar” (EM7)	1
		Postura corporal	(...) “Há um local, que tem cadeiras para familiares e profissionais, onde podemos estar sentados e falar de forma confortável” (...) (EM7) “Geralmente temos uma sala própria, com cadeiras em que ambos se sentam e falamos com eles em clima de privacidade, sem interrupções” (EE8)	2
		Expressão facial	(...) “temos que estar atentos à comunicação não verbal da pessoa, como por exemplo a expressão facial e os gestos” (...) (EE17)	1
		Toque	(...) “Muitas vezes é importante o toque” (...) (EE4) (...) “se vir que é aceite então toco no ombro para transmitir apoio” (...) (EE8)	2
		Recurso à Para-linguística	“tento mostrar uma postura calma e de conforto e ao mesmo tempo tento usar um tom de voz não muito alto e dou algum tempo para eles processarem a informação” (...) (EE8) “Tento não falar muito alto, ter um tom de voz tranquilizador2 (...) (EE8)	2
	Atitudes Comunicacionais	Suporte emocional	(...) “ver a reação da família à notícia e dar apoio” (...) (EE3) “O mais importante acho que é tu dares atenção à família” (...) (EE13)	2
		Disponibilidade	(...) “e disponibilidade para tirar dúvidas” (EE3) (...) “estamos num diálogo importante, mas ao mesmo tempo ele tem a minha atenção completa naquele momento, que não estou a ser dividido com nada” (...) (EM7) “O mais importante acho que é tu dares atenção à família. Realmente mostrares que estamos centrados neles. Aquele momento é para eles” (...) (EE13) (...) “Temos de mostrar disponibilidade, não devemos estar com pressa” (...) (EE15)	4
		Escuta ativa	“Acho que ao abordar a família é importante saber o que sabem acerca da situação e procurar perceber o que pretendem saber” (...) (EE1) (...) “Tentamos em primeiro lugar perceber o que as pessoas sabem sobre o assunto” (...) (EM2) “É importante haver uma comunicação eficaz em que tentamos perceber o que a família quer saber” (...) (EE3) “O mais importante acho que é tu dares atenção à família. Realmente mostrares que estamos centrados neles. Aquele momento é para eles” (...) (EE13)	

			<p>“Tentar perceber o que a família já sabe. Tentar permitir que se façam perguntas e não monopolizar a conversa. Estarmos tranquilos e sabermos ouvir o outro” (...) (EE18)</p>	
		Respeito	<p>“Em primeiro lugar respeitar o momento e a pessoa” (...) (EM2)</p> <p>“Devemos promover um ambiente que possibilite a privacidade, pois é sempre um momento de dor” (...) (EE4)</p> <p>(...) “ambiente resguardado para as pessoas poderem ter manifestações mais emotivas, que não seja em frente das outras pessoas” (...) (EM10)</p> <p>(...) “esteja acompanhada por alguém que lhe dê conforto” (...) (EM11)</p> <p>(...) “por uma questão de respeito, a verdade tem de prevalecer sempre. Não devemos esconder nada” (...) (EE15)</p>	5
		Ser verdadeiro	<p>(...) “e consequentemente ser sincero naquilo que estou a dizer” (EM2)</p> <p>(...) “Mas normalmente sou apologista da verdade e por isso mais vale as pessoas saberem lidar com a verdade diretamente do que estar com subterfúgios” (...) (EE5)</p> <p>(...) “e tentar ser verdadeiro, claro” (EE5)</p> <p>(...) “mostrar empatia, demonstrar compreensão perante as pessoas e ser claro e verdadeiro também” (...) (EE8)</p> <p>(...) “Se há coisa positiva neste serviço, é que para o bem ou para o mal, não escondemos a informação nem aos doentes nem à família” (...) (EE13)</p> <p>(...) “Temos o cuidado de dar esta notícia num ambiente calmo, com privacidade, dizendo sempre a verdade” (EE20)</p>	6

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
<b>FATORES QUE INTERFEREM COM A COMUNICAÇÃO</b>	Relacionados com o modo de comunicação	Linguagem	“Tento usar uma linguagem simples e explicar com calma” (...) (EE15) (...) “e utilizar linguagem acessível” (EE19) (...) “Acho importante adequar a linguagem à pessoa que temos à nossa frente” (...) (EE20) (...) “Adequar a linguagem à pessoa faz com que a informação que damos seja melhor compreendida” (...) (EE20)	4
		Tom de voz	“Tento não falar muito alto, ter um tom de voz tranquilizador” (...) (EE8)	1
		Discurso objetivo	(...) “Tento dar a notícia diretamente” (...) (EM2) “Procuo usar um discurso objetivo, claro, com palavras simples” (...) (EE3) “Promover privacidade e no fundo ser objetivo” (...) (EE4) (...) “Dar o mais objetivamente essa mesma informação” (...) (EM11)	4
		Confiança	(...) “Tento-me aproximar deles através da empatia, para eles perceberem que não nos é indiferente” (...) (EE6) (...) “para as pessoas perceberem que estamos num diálogo importante, mas ao mesmo tempo ele tem a minha atenção completa” (...) (EM7) (...) “mostrar empatia, demonstrar compreensão perante as preocupações das pessoas” (...) (EE8) (...) “tentar criar uma relação de confiança” (...) (EE16)	4
		Promover esclarecimento de dúvidas	(...) “Tiramos qualquer dúvida que a família tenha” (EE1) (...) “e mostrar apoio e disponibilidade para tirar dúvidas e esclarecer passos posteriores” (EM2) (...) “Pergunto-lhes muitas vezes se estão a perceber, se compreendem” (...) (EM7) (...) “Não deixar espaço para dúvidas, porque muitas vezes, as pessoas não compreendem bem a informação” (...) (EE8) (...) “de certa forma recetivos e sensíveis com as pessoas para responder a dúvidas e questões” (EE15)	5
		Promover colocação de questões	(...) “Após dar informação é crucial perceber aquilo que a família percebeu e se compreende a informação dada” (...) (EE3) (...) “Às vezes questionar, perceber se a informação chegou lá, pois às vezes não acontece” (...) (EE13) (...) “tentar permitir que façam perguntas e não monopolizar a conversa” (...) (EE18) (...) “Tento que seja dado um feedback para ver se compreenderam o que lhes foi dito e se precisarem de colocar alguma questão” (...) (EE20)	4
	Relacionados com a situação do doente/família	Incerteza da reação do doente/família	“Quando tenho necessidade de dar uma má notícia sinto algum receio pela forma que o doente/família recebem a notícia” (...) (EE3) “Há sempre o constrangimento de não ir de encontro àquilo que as pessoas à partida estão a pensar” (...) (EE4) “Um bocadinho de receio, porque não sei como é que as pessoas vão receber a notícia, é sempre um momento difícil, pois não sabemos como vai ser a reação deles” (...) (EE8) (...) “aquela insegurança de ir dar uma informação que não seja bem absorvida, que não seja bem percebida, a reação da pessoa que a recebe também é incerta” (...) (EE14)	4
		Nível cultural do	“Não devemos fornecer toda a informação, mas adaptar a	4

		doente/família	<p>informação à cultura da pessoa que a recebe” (...) (EM2)</p> <p>“Depende um bocadinho do nível de entendimento, do nível educacional de cada um, e da sua capacidade de entendimento da informação que se está a transmitir” (...) (EM10)</p> <p>“Devemos tentar perceber a formação da pessoa para utilizarmos uma linguagem mais aproximada e que a pessoa conheça” (...) (EE17)</p> <p>(...) “Acho importante adequar a linguagem à pessoa que temos à nossa frente, pois se esta não for perceptível, a mensagem não é bem compreendida” (...) (EE20)</p>	
		Idade do doente	<p>(...) “envolver-me e ficar mais sensibilizada, por assim dizer, nas pessoas mais jovens com expectativa de vida maior em que supostamente há mais projetos de vida do que realmente com aquelas pessoas que já terminaram o ciclo de vida” (...) (EM11)</p> <p>(...) “Há situações muito mais delicadas, por exemplo no caso de jovens em que é quase impossível não ficar sensibilizada” (...) (EE15)</p> <p>(...) “Sinto alguma tristeza e às vezes há aquela lágrima no canto do olho, principalmente quando são pessoas mais jovens e em situações inesperadas” (...) (EE19)</p>	3
		Recetividade por parte dos familiares	<p>“É importante haver uma comunicação eficaz em que tentamos perceber o que a família quer saber” (...) (EE3)</p> <p>(...) “A primeira abordagem é feita logo na entrada do doente na unidade, permite-nos perceber qual a pessoa de referência e tentar saber se esta pessoa nos dá confiança para receber toda a informação do quadro clínico ao longo do internamento e se é capaz e nos transmite segurança no caso de transmissão de alguma má notícia” (...) (EE9)</p> <p>“Primeiro tento integrar-me um bocadinho para tentar perceber de que maneira é que a pessoa está a viver aquela situação” (...) (EM11)</p> <p>(...) “Tentamos fazê-lo sempre que possível em presença física dos familiares, para permitir uma maior empatia relativamente à informação que vamos dar, mesmo que seja má” (...) (EM11)</p> <p>(...) “Geralmente é preciso repetir várias vezes e esmiuçar bem ao pormenor porque as pessoas não estão preparadas para receber más notícias” (EE14)</p> <p>(...) “E depois tentar perceber se ela também está recetiva à nossa comunicação” (...) (EE17)</p>	6
		Conhecimento prévio da situação clínica	<p>“Normalmente começo por perguntar aquilo que já sabem e é importante partir do ponto em que eles estão, porque é completamente diferente para adequar o tipo e forma de informação” (EM7)</p> <p>(...) “Para nós é importante saber o que a família sabe, o que foi feito no contexto familiar por nós profissionais para tentar ajudar a família a perceber a situação clínica do doente, para ser mais fácil dar informações do possível desfecho menos positivo” (...) (EE9)</p> <p>“Facilita se eles já tiverem uma perceção clara da doença do paciente” (...) (EM10)</p> <p>“Eu tento sempre perceber o que as pessoas já sabem sobre a situação” (...) (EM12)</p> <p>“Tentamos saber a história familiar, saber o que o familiar já sabe da doença atual” (...) (EE16)</p>	5
	Relacionados com o local em que se comunica	Ambiente	<p>(...) “Procurar um local calmo” (EE1)</p> <p>(...) “o ambiente acho que é importante, criar um ambiente resguardado” (...) (EM10)</p> <p>(...) “ambiente calmo, com as pessoas bem instaladas” (...) (EE16)</p>	3
		Privacidade	<p>(...) “ter privacidade” (...) (EM2)</p> <p>(...) “O espaço físico e a privacidade é importante” (...) (EM11)</p> <p>(...) “tem de ser num local adequado, sossegado, onde não</p>	4

		haja interrupções, para as pessoas se sentirem à vontade” (...)(EE14) (...) “termos o cuidado de dar esta notícia num ambiente calmo com privacidade” (EE20)	
	Conforto	(...) “e pela minha experiência, se formos por aí, é dar também conforto à família” (...) (EE4)	1
Relacionados com o contexto da comunicação	Gravidade da situação clínica	(...) “Facilita o conheceres o doente, estarem à vontade com o tratamento e o plano instituído para o doente” (...) (EE6) (...) “Ao longo do internamento, tentamos conhecer a família e tentamos estabelecer estratégias adaptadas à família que temos perante nós” (EE9) (...) “é importante que a família esteja o mais informada possível relativamente à situação do doente” (...) (EM11) (...) “É importante percebermos bem quais são os posicionamentos familiares, termos já uma relação prévia com a família” (...) (EE18) “Acho muito importante haver previamente alguma comunicação com a família, pois torna-se mais fácil se houver algum tipo de relação” (...) (EE20)	5
	Situação inesperada	“É mais complicado quando é uma situação inesperada, pois as pessoas lidam menos bem com isso” (...) (EE8) “Dificulta o facto de ser uma situação inesperada” (...) (EE9) (...) “A maioria das vezes é inesperada e acho que custa mais à pessoa aceitar e vivenciar, mesmo relativamente a nós” (...) (EM11)	3
Relacionados com o profissional de saúde	Respeitar o momento	“Tento ser clara e objetiva e tento-me aproximar deles através da empatia, para eles perceberem que não nos é indiferente” (...) (EE6) “Acho que é importante haver algum grau de empatia” (...) (EM12) “O mais importante acho que é tu dares atenção à família” (...) (EE13)	3
	Disponibilidade	(...) “e depois mostro disponibilidade para ouvir o que as pessoas têm a dizer” (...) (EE8) (...) “Acho que temos de mostrar a disponibilidade, e é o que eu digo, a empatia” (...) (EM12) (...) “Temos de mostrar disponibilidade, não devemos estar com pressa” (...) (EE15) (...) “mostro-me disponível para perguntas que queiram fazer e para ajudar no que puder” (EE15) (...) “mostro disponibilidade para qualquer apoio que necessitem” (EE20)	5
	Conhecimento prévio da história do doente	(...) “facilita o conheceres o doente, estares à vontade com o tratamento e o plano instituído para o doente. Estares envolvido na tomada de decisão” (...) (EE6) “Acho importante conhecermos bem a história do doente” (...) (EE9) “Estar bem preparado para aquilo que se vai dizer, estar informado” (...) (EE14)	3
	Inexistência de relação prévia à doença	(...) “Ajuda conhecermos a família para desenvolvermos algumas estratégias no caso de um evoluir menos positivo da situação” (...) (EE9) “Aquilo que eu acho que é mais importante é conhecermos a família e a pessoa que vai dar a notícia ser a pessoa que mais frequentemente falou com a família e que melhor conhece. Não havendo qualquer tipo de relação é mais difícil” (...) (EE18) “Acho muito importante haver previamente alguma comunicação com a família pois torna-se mais fácil se houver algum tipo de relação” (...) (EE20)	3
	Presença de pessoas significativas	(...) “ter o maior número possível de familiares” (...) (EM2) (...) “tento também que a pessoa que vai receber essa notícia, sempre que o deseje, esteja acompanhada por	5



			alguém que lhe dê algum conforto” (...) (EM11)  (...) “ter algum cuidado e permitir ter mais pessoas presentes para se apoiarem” (...) (EE18) (...) “permitir acompanhamento de outros familiares” (...) (EE19) “Tento reunir com a família num ambiente com privacidade, com acompanhamento se possível, de mais familiares” (...) (EE20)	
--	--	--	--	--

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
<b>ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS</b>	Ser verdadeiro		(...) “Procurar dizer sempre a verdade” (...) (EE1) (...) “E tentar ser verdadeiro, claro” (...) (EE5) “A verdade tem de prevalecer sempre. Não devemos esconder nada” (...) (EE15)	3
	Mostrar disponibilidade		(...) “ver a reação da família à notícia e dar apoio e disponibilidade para tirar dúvidas” (EE3) (...) “temos de mostrar disponibilidade, não devemos estar com pressa” (...) (EE15) (...) “Mostro-me disponível para perguntas que queiram fazer e para ajudar no que puder” (EE15)	3
	Dar apoio		(...) “Damos suporte, algum apoio nesta transição que vão vivenciar” (...) (EE6) (...) “para transmitir apoio e depois mostro disponibilidade para ouvir o que as pessoas têm a dizer” (...) (EE8) (...) “mostro disponibilidade para qualquer apoio que necessitem” (EE20)	3
	Ser direto		“Procurar usar um discurso objetivo, claro, com palavras simples” (...) (EE3) “Promover privacidade e no fundo tentar ser objetivo” (...) (EE4) “Tento ser clara, objetiva” (...) (EE6) (...) “Dar o mais objetivamente essa mesma informação” (...) (EM11)	4
	Dar conforto		(...) “é dar também conforto à família” (...) (EE4) (...) “ambiente calmo, com as pessoas bem instaladas” (...) (EE16) (...) “Tentamos criar um ambiente que não seja frio e distante, mas que seja acolhedor para darmos algum conforto aos familiares” (EE18)	3
	Ser empático		(...) “é a empatia. É tentarmo-nos colocar no papel de quem está a receber a informação e tentar transmitir a informação como gostaríamos de a ouvir” (...) (EE5) (...) “tento-me aproximar deles através da empatia, para eles perceberem que não nos é indiferente” (...) (EE6) (...) “mostrar empatia, demonstrar compreensão perante as preocupações das pessoas” (...) (EE8) “Acho que é importante haver algum grau de empatia” (...) (EM12) “Acho que é importante pomo-nos um bocadinho no lugar do outro, termos alguma sensibilidade” (...) (EE19)	5
	Usar tom de voz suave		“Tento não falar muito alto, ter um tom de voz mais tranquilizador” (...) (EE8)	1
	Conhecer a família		“Acima de tudo tento conhecer a família” (...) (EE8) (...) “Ajuda conhecermos a família para desenvolvermos algumas estratégias no caso de um evoluir menos positivo” (...) (EE9) “Aquilo que eu acho mais importante é conhecermos a família” (...) (EE18) “Acho muito importante haver previamente alguma	4

*A Comunicação de Más Notícias em Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*

			comunicação com a família pois torna-se mais fácil se houver algum tipo de relação” (...) (EE20)	
	Conhecer bem a história do doente		(...) “Facilita o conheceres o doente, estares à vontade com o tratamento e o plano instituído para o doente” (...) (EE6) “Acho importante conhecermos bem a história do doente” (...) (EE9) “Estar bem preparado para aquilo que se vai dizer, estar informado” (...) (EE14)	3
	Solicitar a presença de mais familiares		(...) “ter o maior número possível de familiares presente” (...) (EM2) (...) “tento também que a pessoa que vai receber essa notícia, sempre que o deseje, esteja acompanhada por alguém que lhe dê algum conforto” (EM11) (...) “ter algum cuidado e permitir ter mais pessoas presentes para se apoiarem” (...) (EE18) (...) “Permitir o acompanhamento de outros familiares” (...) (EE19) (...) “com o acompanhamento, se possível, de mais familiares” (...) (EE20)	5
	Promover ambiente adequado	Ambiente calmo	“Abordar a família num local calmo, mais intimista” (...) (EE1) “Temos uma sala de acolhimento em que tentamos propiciar um ambiente tranquilo, sem interferências de estranhos ou de barulhos externos” (...) (EE13) (...) “termos o cuidado de dar esta notícia num ambiente calmo, com privacidade” (EE20)	3
		Ambiente com privacidade	“Devemos promover um ambiente tranquilo que possibilite a privacidade” (...) (EE4) (...) “O ambiente acho que é importante, criar um ambiente resguardado para as pessoas poderem ter manifestações mais emotivas” (...) (EM10) (...) “e tem de ser num local adequado, sossegado, onde não haja interrupções” (...) (EE14)	3
	Solicitar apoio de mais profissionais		(...) “De preferência em equipa” (...) (EM2) (...) “com a presença de médico e enfermeiro junto à família” (...) (EE3) (...) “e a equipa multidisciplinar aborda a pessoa de maneira a tentar explicar” (...) (EE4) “A má notícia é sempre transmitida em equipa, portanto nunca é transmitida por uma pessoa individualmente” (...) (EE5) (...) “Geralmente vai médico e enfermeiro” (...) (EE8) “O serviço tem um espaço próprio em que se reúne a família com o enfermeiro e o médico” (...) (EE9) (...) “Tentamos fazê-lo na presença das pessoas envolvidas no tratamento do doente, o médico e o enfermeiro” (...) (EM11) (...) “A comunicação é feita pela equipa, médico e enfermeiro, que estão a acompanhar o doente” (...) (EE13)	