

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Nagele Fatica Beschoren

**A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE  
CARDIOLOGIA INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS  
DIFÍCEIS**

Santa Maria, RS, Brasil  
2018

**Nagele Fatica Beschoren**

**A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA  
INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Santa Maria, RS, Brasil  
2018

Beschoren, Nagele Fatica  
A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE  
CARDIOLOGIA INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS  
DIFÍCEIS / Nagele Fatica Beschoren.- 2018.  
83 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2018

1. Comunicação 2. Notícias Díficeis 3. Enfermagem 4.  
Unidade Intensiva I. Velho, Maria Teresa Aquino de  
Campos II. Título.

**Nagele Fatica Beschoren**

**A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA  
INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

**Aprovado em 31 de agosto de 2018:**

---

**Maria Teresa Aquino de Campos Velho, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Alberto Manuel Quintana, Dr. (UFSM)**

---

**Luiz Antônio Bettinelli, Dr. (UPF)**

Santa Maria, RS, Brasil  
2018

## DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que tanto se orgulhava de ter uma filha mestranda.  
À minha mãe, por ser meu alicerce e não me deixar desistir.  
Aos meus irmãos, para quem sempre tento ser o melhor exemplo.

## AGRADECIMENTOS

À **minha família** pelo apoio incondicional. Vocês são a minha base!

Ao **meu namorado Gustavo**, por todo amor e por compreender os momentos de ausência.

À **minha super orientadora, Prof. Maria Teresa**, sem o seu suporte, disponibilidade e atenção não teria ido tão longe. Obrigada por aceitar me guiar nessa jornada! Obrigada pelo aprendizado e pela generosa troca de saberes. Principalmente, obrigada por estar presente quando precisei e por me ajudar a encontrar o meu lugar, dentro da sala de aula.

À **minha querida colega Natiele**, por generosamente ter me convidado para participar do seu projeto e com esse convite ter me proporcionado uma das experiências mais gratificantes que tive durante a jornada do mestrado profissional.

Aos **membros da banca**, por gentilmente aceitar o convite de contribuir com esse trabalho.

Aos **funcionários e professores do mestrado profissional em ciências da saúde**, que tornam possível todo esse processo de aprimoramento profissional e pessoal.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, pela acolhida durante a residência multiprofissional e o mestrado profissional me ajudando a descobrir a paixão pela pesquisa e pela docência.

Às **enfermeiras que participaram da pesquisa**, por acreditarem no trabalho realizado e permitirem que os achados dessa dissertação contribuam na melhoria da rotina de trabalho e no manejo de situações difíceis.

Não é o evitar o sofrimento, a fuga diante da dor, que cura o homem, mas a capacidade de aceitar a tribulação e nela amadurecer, de encontrar o seu sentido.

(Papa Bento XVI)

## RESUMO

### **A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS**

AUTORA: Nagele Fatica Beschoren

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Aquino de Campos Velho

A comunicação de notícias difíceis faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e constitui-se uma das áreas mais complexas no contexto das relações interpessoais. Na maioria das vezes, o profissional de saúde é o primeiro a conhecer a notícia difícil e cada um, dentro de seu campo de atuação, deparar-se-á com um momento de convivência desse tipo de comunicação durante a internação hospitalar do paciente. A compreensão da notícia difícil é um movimento contínuo, tanto da assimilação da situação atual, quanto da formulação de questionamentos. Os enfermeiros têm um papel importante na integralidade do cuidado, pois acompanham o paciente durante a hospitalização e cada vez mais se faz necessário aprender a conviver adequadamente com o envolvimento psicossocial gerado pela notícia difícil. Para isso, essa pesquisa teve como objetivo compreender como a enfermagem da Unidade de Cardiologia Intensiva de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul lida cotidianamente com a repercussão da comunicação de notícias difíceis aos doentes. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com as 07 enfermeiras da referida unidade. Igualmente, foi realizada observação não-participante por 30 dias, da rotina de trabalho dessa mesma equipe nos 03 turnos de atendimento aos pacientes internados. A análise de conteúdo embasou-se na proposta de Bardin, seguindo as considerações teórico-metodológicas de Turato. O estudo concluiu que apesar das pesquisas e da literatura sobre o papel do enfermeiro no processo de comunicação das notícias difíceis ainda serem escassas, cada vez mais é reconhecida a importância da atuação desses profissionais ao depararem-se com tal situação. Lidar com esse tipo de notícia é uma tarefa delicada que não impacta somente o paciente, mas também a equipe, que tem suas próprias reações e sofrimentos. Portanto, para que sejam desenvolvidas e aprimoradas as habilidades para manejar as repercussões das notícias difíceis, é necessário que seja oportunizada instrução e orientação na graduação de enfermagem, além de espaços institucionais de compartilhamento, reflexão e educação continuada.

**Palavras-chave:** Comunicação; Notícias Difíceis; Enfermagem; Unidade Intensiva.

## ABSTRACT

### THE COEXISTENCE OF THE NURSING OF AN INTENSIVE CARDIOLOGY UNIT WITH THE COMMUNICATION OF DIFFICULT NEWS

AUTHOR: Nagele Fatica Beschoren

ADVISOR: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Aquino de Campos Velho

The communication of difficult news is part of the daily life of health professionals and is one of the most complex areas in the context of interpersonal relationships. Most of the time, the health professional is the first to know the difficult news and each one, within his field of action, will face a moment of coexistence of this type of communication during the hospitalization of the patient. The understanding of the difficult news is a continuous movement, both of the assimilation of the current situation, and of the formulation of questions. Nurses play an important role in the integrality of care, since they accompany the patient during hospitalization and it is increasingly necessary to learn to live together with the psychosocial involvement generated by the difficult news. Therefore, this research aimed to understand how the nursing of the Intensive Cardiology Unit of a teaching hospital in the interior of Rio Grande do Sul deals daily with the repercussion of the communication of difficult news to patients. The research had a qualitative, descriptive and exploratory approach. The data were obtained through a semi-structured interview with the 07 nurses of the unit. Likewise, 30-day non-participant observation of the routine work of this same team was performed in the 03 shifts of inpatient care. Content analysis was based on Bardin's proposal, following the theoretical-methodological considerations of Turato. The study concluded that although the research and literature on the role of nurses in the process of communicating difficult news are still scarce, the importance of these professionals' performance is increasingly recognized when faced with such a situation. Dealing with this type of news is a delicate task that impacts not only the patient, but also the team, which has its own reactions and sufferings. Therefore, in order to develop and improve the skills to handle the repercussions of difficult news, it is necessary to provide instruction and orientation in nursing graduation, as well as institutional spaces for sharing, reflection and continuing education.

**Keywords:** Communication; Difficult News; Nursing; Intensive Unit

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cardiologia Intensiva
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A - Termo de Confidencialidade

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice C - Entrevista Semiestruturada

Apêndice D - Diário de Campo para Observação

Apêndice E - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA .....	13
1.2 OBJETIVOS .....	13
<b>1.2.1 Objetivo Geral</b> .....	13
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	13
1.3 JUSTIFICATIVA .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
<b>3 MÉTODO</b> .....	18
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	18
3.2 PARTICIPANTES .....	19
3.3 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	19
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	21
3.5 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS .....	23
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	23
4.1 PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM .....	24
<b>4.1.1 Compreendendo a notícia difícil em saúde</b> .....	24
<b>4.1.2 Impacto da notícia difícil no profissional e na rotina de trabalho</b> .....	32
<b>4.1.3 Impacto da notícia difícil no paciente</b> .....	40
4.2 HABILIDADES E ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A NOTÍCIA DIFÍCIL .....	46
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	66
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	77
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b> .....	78
<b>APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	81
<b>APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO PARA OBSERVAÇÕES</b> .....	82
<b>APÊNDICE E - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA</b> .....	83

## 1 INTRODUÇÃO

A comunicação de notícias difíceis tornou-se um recente assunto de estudos, pesquisas e discussões, no campo da comunicação em saúde, dentro do escopo da relação clínica com o paciente. Internacionalmente, é utilizada a expressão *breaking bad news* como chave e descritor para estes estudos. Já na literatura brasileira, é possível encontrar as expressões comunicação de más notícias ou comunicação de notícias difíceis, sendo estas utilizadas como equivalentes. Nesta dissertação, optou-se pela utilização da terminologia comunicação de notícias difíceis.

No contexto das relações interpessoais, a comunicação de notícias difíceis é uma tarefa delicada e complexa, tanto para quem recebe, quanto para quem emite, pois trata-se de um momento desagradável que envolve o enfrentamento das reações emocionais do paciente, dos familiares e da equipe (LINO et al., 2011). Todavia os profissionais de saúde não se sentem preparados para esse desagradável momento e isso gera ansiedade (DÍAZ, 2006).

Desde 1847, data da criação do primeiro código de ética médica dos Estados Unidos, até os dias de hoje, a comunicação de notícias difíceis tem recebido atenção, principalmente em relação a como fazê-la, ao tempo e ao momento adequado de informar ao paciente e aos seus familiares sobre essa situação (ANDRADE et al., 2014).

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a comunicação deve envolver pacientes, familiares e toda a equipe multiprofissional (MORITZ et al., 2008). É necessário que o profissional conheça o contexto em que está inserido, tendo cuidado e dando importância ao processo comunicativo e aquilo que se comunica (ROZEMBERG, 2007). No caso de uma UTI Coronariana esses cuidados se intensificam devido à simbologia que as pessoas atribuem ao coração, visto que ele é considerado o centro das emoções e da vida.

Convém enfatizar que a comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente é dever do médico e está prevista em seu código de ética profissional (CFM, 2010). Portanto, o médico faz a primeira parte no processo de comunicação de notícias difíceis, mas os outros profissionais de saúde contribuem para a manutenção da informação coerente e com os cuidados após esse momento, porque o processo não deve se restringir a um único instante, ele envolve o tempo da assimilação da notícia pelo paciente e da elaboração de estratégias para lidar

com a situação (PACHECO, 2010).

Tendo em vista isso, percebe-se o papel fundamental da enfermagem no processo de comunicação de notícias difíceis. Também, evidenciou-se a necessidade de um estudo que contemple essa temática não somente sob o olhar do médico, mas também dos demais trabalhadores de saúde, especialmente, da enfermagem, pois a comunicação faz parte da rotina desses profissionais, além de ser um dos principais instrumentos do cuidado.

Ainda é válido destacar a falta de produção científica acerca do assunto através dessa perspectiva. Para isso, o presente projeto buscou compreender como a enfermagem lida com a comunicação de notícias difíceis. Salienta-se que não se teve a intenção de avaliar como a comunicação foi realizada pelo médico, mas sim a repercussão da notícia difícil no trabalho da enfermagem.

## 1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Qual é a percepção das enfermeiras da Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul em relação à convivência com as notícias difíceis?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Compreender como a enfermagem da UCI lida cotidianamente com a repercussão da comunicação de notícias difíceis aos doentes.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Compreender como a enfermagem entende o conceito de notícias difíceis;
- Verificar como a enfermagem lida com as reações dos pacientes que receberam uma notícia difícil;
- Verificar o impacto da notícia difícil no processo de trabalho da enfermagem.
- Verificar se a enfermagem recebeu instrução/capacitação para tal.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

O ambiente da UCI caracteriza-se por constantes expectativas e ansiedades, no qual o paciente é submetido a procedimentos invasivos e sujeito a riscos de complicações e mudanças súbitas no estado geral. Diante disto, é frequente que pacientes e profissionais se deparem com informações durante o período de hospitalização e algumas delas poderão ser traduzidas como notícias difíceis, especialmente, aquelas associadas ao diagnóstico e prognóstico da doença.

É importante considerar, que na maioria das vezes, o profissional de saúde é o primeiro a conhecer a notícia difícil e cada um, dentro de seu campo de atuação, poderá se deparar com uma situação de convivência com tal comunicação durante a internação hospitalar do paciente.

A escolha de privilegiar a enfermagem neste estudo se deu pois, mesmo não sendo responsável pela comunicação do diagnóstico ou prognóstico - atributo do médico -, a enfermagem acompanha o paciente antes, durante e após o recebimento da notícia difícil. Logo, o enfermeiro auxilia o paciente no movimento contínuo de compreensão da notícia recebida, bem como na assimilação da situação atual e na formulação de questionamentos. Sendo assim, os profissionais da enfermagem têm um papel importante na integralidade do cuidado e precisam aprender a conviver adequadamente com o abarcamento psicossocial em relação à esse tipo de notícia.

Essa temática faz parte do cotidiano da enfermagem, contudo, ressalta-se a pouca produção científica sobre a comunicação de notícias difíceis através da perspectiva da enfermagem, em especial, no contexto brasileiro. Portanto, destaca-se a relevância científica e social desta pesquisa que visa contribuir para que o papel do enfermeiro no processo da comunicação da notícia difícil, negligenciado na maioria das vezes, seja devidamente identificado, reconhecido e discutido de forma crítica e reflexiva.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A internação hospitalar e os seus diferentes aspectos alteram, tanto a vida daquele que adoeceu como a da sua família, pois esse ambiente desperta sentimentos ambivalentes (ANGERAMI-CAMON, 2009). A hospitalização dá um novo significado ao indivíduo e o coloca em um mundo desconhecido que gera

sentimentos de ansiedade, insegurança e medos (PEREIRA, M. A. G., 2008). Frente a essa situação, os profissionais de saúde devem utilizar a comunicação como um instrumento para compreender as necessidades do paciente que está vulnerável, estabelecendo uma relação de cuidado e humanizando o atendimento (MORAIS et al., 2009).

A comunicação interpessoal faz parte da rotina dos profissionais de saúde. Em todo processo interativo, a habilidade para o exercício da comunicação é um aspecto fundamental, pois possibilita que as informações sejam compartilhadas e esclarecidas. Para os trabalhadores de saúde desenvolverem essa habilidade é indispensável estabelecer um bom relacionamento interpessoal entre equipe, pacientes e familiares (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; PEREIRA, M. A. G., 2005).

Por conseguinte, comunicação é um dos principais instrumentos do cuidado em saúde (SILVA; ZAGO, 2005) já que por meio dela é possível proporcionar uma assistência de qualidade (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; PEREIRA, M. A. G., 2005). Por isso, pode-se considerar a comunicação de qualidade como um instrumento terapêutico essencial que humaniza o cuidado, fortalece a relação entre equipe, paciente e família, estimula a confiança mútua, favorece o desenvolvimento da autonomia do paciente, a redução do nível de ansiedade e melhora na adesão ao tratamento. Portanto, permite que o indivíduo lide melhor com o seu adoecimento e hospitalização (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; MORAIS et al., 2009; PEREIRA, M. A. G., 2008).

Dessa forma, a informação é fundamental para ajudar o sujeito a lidar e enfrentar com a situação de adoecimento. No Brasil, a informação é reconhecida como um direito dos pacientes e familiares e um dever dos profissionais de saúde. Contudo, a dificuldade da equipe de saúde não é informar e comunicar, mas sim saber como, quando e quanto fazê-lo, principalmente em situações de comunicação de notícias difíceis (PEREIRA, M. A. G., 2005).

Pode-se definir a notícia difícil como todo tipo de anúncio que provoca sentimentos desagradáveis, particularmente, aqueles associados a diagnosticar e prognosticar doenças (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; BUCKMAN, 1992), é qualquer informação que englobe mudança drástica na perspectiva de futuro do sujeito em um sentido negativo. Em consequência disso, ainda após certo período de tempo da notícia ter sido recebida, o paciente pode apresentar desordem

comportamental e emocional (BUCKMAN, 1992; DÍAZ, 2006; MOCHEL et al., 2010). Desse modo, as notícias difíceis em saúde incluem situações de ameaça à vida e ao bem-estar psicossocial do indivíduo e da família, bem como as repercussões físicas, sociais e emocionais que ocasionam. Geralmente, são associadas, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas pessoas em geral, a uma doença grave, perdas (por exemplo, amputação de um membro) ou morte (PEREIRA, M. A. G., 2005).

A comunicação de notícias difíceis pode ser de 03 tipos: a) a comunicação do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; b) a comunicação e a atenção a graves sequelas dos tratamentos, tais como mutilação, prejuízo de funções e suas consequências na perda de qualidade de vida (prejuízos nas relações afetivas e profissionais, perda do referencial de autoimagem e rebaixamento da autoestima); c) a comunicação de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos (ANDRADE et al., 2014; JACCOBSEN; JACKSON, 2009).

Entende-se esse tipo de comunicação como uma das mais penosas tarefas do profissional de saúde. Parte disso se deve à complexidade dos aspectos emocionais associados a ela, como também a falta de preparo, já que esses profissionais aprendem em sua formação a procurar a saúde, e não perdê-la (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; SILVA; ZAGO, 2005). Boa parte da dificuldade dos trabalhadores de saúde em realizar essa comunicação difícil não está no anúncio em si, mas na falta de habilidades para fazê-lo e na associação com experiências anteriores desse tipo de comunicado (MOCHEL et al., 2010).

Para isso, existem estratégias facilitadoras da comunicação de notícias difíceis, como o protocolo S.P.I.K.E.S., que traz técnicas úteis e propõe um planejamento para comunicar essas situações, e assim, ajudar a aliviar a angústia sentida por ambas as partes: de quem recebe e de quem comunica (VICTORINO et al., 2007). E o método N.U.R.S.E. que auxilia a responder às reações emocionais do paciente com empatia<sup>1</sup> (SMITH et al., 2002). Esses protocolos serão detalhadamente descritos e analisados na discussão desta dissertação.

Ter conhecimento desses protocolos auxilia os profissionais de saúde num

---

<sup>1</sup> Empatia: Capacidade de compreender e reconhecer os sentimentos, emoções e/ou ações do outro. Não é apenas colocar-se no lugar do outro, mas sim sentir o mesmo que o outro sente (FORMIGA, 2012).

manejo mais adequado da notícia que será comunicada, pois a forma como se comunicam as informações ao paciente influencia diretamente na maneira que ele irá enfrentar o seu adoecimento (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

Convém esclarecer que a comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente é dever do médico e está prevista em seu código de ética profissional (CFM, 2010), mas o processo de comunicação de notícias difíceis não é exclusividade dos médicos, é também dos enfermeiros e outros profissionais da equipe (SILVA; ZAGO, 2005).

No contexto da saúde, para se ter qualidade na comunicação é importante que ela envolva os diferentes profissionais. Ademais, todos da equipe podem estabelecer vínculo com o paciente (ARAÚJO; LEITÃO, 2012). Ter um único profissional responsável pela comunicação de notícias difíceis não favorece o apoio emocional que o paciente necessita para lidar com o impacto da notícia (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Dessarte, a comunicação em saúde é um ato multidimensional, por isso, precisa ser vista sob uma perspectiva interdisciplinar, principalmente quando a notícia é difícil. Pensando na trajetória da doença, pode-se considerar que existem diferentes momentos em que o paciente pode receber notícias difíceis, sendo assim, a informação não se limita a um único momento, ela deve acompanhar o processo assistencial. A equipe multiprofissional pode auxiliar nesse processo, pois cada profissional de saúde tem, dentro da sua área de atuação, uma visão sobre a comunicação com os pacientes, logo, isso reflete na assistência ao paciente e auxilia o manejo da situação (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Nesse sentido, a enfermagem, dentro da equipe multiprofissional, tem muito a contribuir. O enfermeiro compartilha em diferentes momentos os sofrimentos, medos e angústias do paciente, pois o acompanha após a comunicação de notícias difíceis. Logo, esse profissional assume um papel fundamental na integralidade do cuidado do paciente ao desenvolver uma função encorajadora durante o processo contínuo de adaptação às notícias (ANDRADE et al., 2014; SILVA; ZAGO, 2005).

Portanto, o enfermeiro vai além do momento da comunicação da notícia difícil. Desempenha papel importante na preparação e no suporte daqueles que recebem notícias difíceis. Pode explicar e esclarecer as informações dadas, ajudando os pacientes a perceber as implicações da situação e a lidar com as suas reações emocionais. Contudo, o papel do enfermeiro no processo da comunicação da notícia

difícil é negligenciado, pois, na maioria das vezes, essa contribuição não é identificada, reconhecida e valorizada. Isso posto, a formação e o apoio necessário aos enfermeiros para a realização desta atividade tampouco foram pesquisados (WARNOCK et al., 2010).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa (MINAYO, 2014), de caráter descritivo e exploratório (GIL, 2010). O método qualitativo privilegia o entendimento dos significados, motivos, crenças, atitudes, vivências e valores (MINAYO, 2014). A pesquisa qualitativa tem como objetivo procurar explicações sobre os fenômenos, buscando as relações de significados entre eles, para tal, é necessária a interpretação do pesquisador para compreender o conteúdo proveniente dos dados coletados através das entrevistas (TURATO, 2000). Assim, investiga as relações, fenômenos e processos que não podem ser reduzidos a variáveis quantitativas (MINAYO, 2014).

Ao criar um modelo que compreende as ligações entre os elementos (TURATO, 2005) a pesquisa qualitativa procura estudar como o objeto de pesquisa ocorre e se expressa (MINAYO, 2014). Esse tipo de abordagem reconhece o significado dos fenômenos, assuntos, vivências, ideias e sentimentos a partir daquilo que as pessoas nomeiam. Dessa forma, o significado qualitativo do objeto de estudo é atribuído pelo grupo que se pesquisa (TURATO, 2005).

Pode-se considerar que este método reconhece a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social. Nesse sentido, é possível analisar a relação entre objetivo e subjetivo, entre fatos e significados, geralmente, indissociáveis. Portanto, é adequado para o estudo de fenômenos de saúde e doença, uma vez que tais fenômenos não são redutíveis a uma experiência biológica (MINAYO, 2014).

Quanto ao caráter descritivo, este tem por finalidade descrever as características daquilo que se estuda (populações ou fenômenos) e a qualidade de pesquisa exploratória tem como intenção proporcionar maior familiaridade com uma situação a fim de torná-la mais explícita ou a construir hipóteses (GIL, 2010).

### 3.2 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada na Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) hospital escola localizado em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul (RS). O referido hospital integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e atua como hospital-escola, assim, desenvolve ações de ensino, pesquisa e assistência em saúde, sendo referência em saúde para essa região.

Nesse hospital escola a UTI oferece cuidados intensivo e semi-intensivo para adultos e é dividida em: Geral e Cardiológica. Atualmente, a UCI conta com 06 leitos ativos e uma equipe de 08 médicos, 08 enfermeiras (07 assistenciais e 01 administrativa), 19 técnicos em enfermagem, 05 fisioterapeutas, 01 nutricionista e 01 psicóloga. O atendimento fonoaudiológico e social é realizado por meio de solicitação de parecer ou matriciamento.

A UCI oferece atendimento especializado e intensivo para pacientes com distúrbios cardiovasculares, dessa forma, na maioria das vezes, os pacientes da unidade recebem seu diagnóstico e/ou prognóstico quando são hospitalizados, desse modo, possibilita que a pesquisa contemple seu objetivo de compreender a repercussão da notícia difícil no trabalho da enfermagem.

Para isso, participaram da entrevista e da observação para a realização desse estudo as 07 enfermeiras assistenciais que atuam nos 03 turnos de trabalho da UCI. Essas enfermeiras possuem tempo de formação profissional de 06 a 22 anos e tempo de atuação na UCI de 01 a 11 anos.

### 3.3 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, contatou-se com a chefe da UTI para avaliar a possibilidade da realização da pesquisa, englobando entrevista e observação da UCI, ainda, encaminhou-se uma cópia do projeto de pesquisa para a mesma, assim como o documento para avaliação e aprovação setorial. Após isso, com finalidade de atender às prerrogativas das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), este projeto de pesquisa passou pelas apreciações da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Escola e, posteriormente, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Somente com as devidas autorizações institucionais e aprovação da GEP e do CEP que se deu o início da coleta dos dados.

Para a coleta de dados, foram utilizadas 02 técnicas complementares, a entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) e a observação não-participante, registrada em diário de campo (APÊNDICE D), da rotina da enfermagem da UCI no atendimento aos pacientes internados.

A entrevista é um meio facilitador para o aprofundamento da comunicação e um método privilegiado de coleta de informações que busca compreender o ponto de vista do entrevistado (MINAYO, 2014). Contudo, nesse estudo a observação também se fez necessária para complementar e ampliar o entendimento sobre o que se buscou pesquisar, pois a observação adicionou informações àquilo que foi dito nas entrevistas.

Por meio da observação, o pesquisador pode identificar fenômenos que os participantes do estudo não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Esse método deve ser associado a outras técnicas de pesquisa e é considerado científica quando: planejado sistematicamente, registrado metodicamente e tem controle de validade e segurança (MARCONI; LAKATOS, 2010). Na observação não-participante o pesquisador não interfere, integra ou questiona a realidade estudada, apenas presencia o fato e observa de maneira espontânea o que ocorre (GIL, 2006; MARCONI; LAKATOS, 2010). A observação permite que sejam realizadas anotações sobre as atividades e o comportamento das pessoas no local da pesquisa (CRESWELL, 2010).

Para a realização do estudo, antes da entrevista e da observação não-participante foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) a fim de elucidar aos sujeitos da pesquisa de forma que estes tomassem a decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação no projeto. Aquelas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE em 02 vias, assim como o pesquisador.

As entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade das participantes e ocorreram nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, totalizando 07 entrevistas. Estas foram realizadas na sala de descanso/convivência da UCI, ocorreram de forma individual e sigilosa e, mediante autorização, foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente. Sendo entrevistado a totalidade das

enfermeiras do local pesquisado.

Já para coletar os dados em relação à observação da rotina de trabalho da enfermagem da UCI, a pesquisadora se fez presente no período de 30 dias, tempo necessário para a ambientação e aculturação do pesquisador no campo de estudo.

A ambientação se faz necessária pois permite o processo de inserção e adaptação do pesquisador ao seu campo de pesquisa. Para isso, é importante adequar-se ao local onde ocorrerá a pesquisa, conhecendo a rotina de trabalho, os profissionais e atividades desenvolvidas ali. E por meio da aculturação é possível que o pesquisador assimile a realidade (ideias, comportamentos, hábitos...) dos sujeitos pesquisados no local em que está inserido (TURATO, 2013).

As observações foram registradas em diário de campo e ocorreram nos 03 turnos de trabalho, tanto no decorrer da semana, quanto nos finais de semana e feriados, para assim poder incluir no processo de pesquisa todos os integrantes da enfermagem. Dessa forma, no período de fevereiro e março, após as entrevistas e a autorização da enfermagem, foram realizados 45 registros de observação não participante.

Tanto nas entrevistas semiestruturadas, quanto na observação não participante foram utilizados os seguintes eixos norteadores: o que se entende/considera por notícia difícil; experiências de receber ou dar uma notícia difícil; impacto da comunicação de notícias difíceis no cotidiano de trabalho; impressões da equipe sobre a repercussão da notícia difícil no paciente; habilidade de lidar com a comunicação de notícias difíceis; estratégias para a comunicação de notícias difíceis; e instrução para a comunicação de notícias difíceis.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se como base a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), seguindo as considerações teórico-metodológicas de Turato (2013). É importante destacar que a utilização de um segundo autor se deve, pois Turato tem um olhar diferente sobre o conceito e os procedimentos relativos à análise de conteúdo.

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo é uma análise dos significados (estruturas sociológicas e psicológicas) e dos significantes (estruturas semânticas) daquilo que é comunicado pelo sujeito, para isso, utiliza-se de uma perspectiva que

se preocupa com a sistematização e objetivação da análise de textos, portanto, é um tratamento descritivo das informações contidas nas mensagens.

Esse caráter descritivo (sistemático e objetivo) do método de análise de conteúdo das mensagens de Bardin (2011) ocupa-se do conteúdo das palavras e não a produção de sentidos, logo, parece privilegiar a objetividade ao invés da subjetividade (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Nesse contexto, Turato (2013) defende que a análise de conteúdo não deve ser somente descritiva, mas o pesquisador deve interpretar e discutir o conteúdo que analisa, considerando os sentidos ou significados construídos pelos indivíduos em suas falas.

Sendo assim, para a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas literalmente e, em conjunto com as anotações realizadas durante as observações, as categorias referentes ao tema da pesquisa foram formadas para a análise das informações. Desse modo, pretendeu-se com a união dos dois métodos analisar a coerência entre o discurso e a prática realizada.

Primeiramente, realizou-se uma leitura flutuante de todo o material coletado e já transcrito. Esta foi a da pré-análise, quando foi necessário ler e reler o material a fim de se tornar familiarizado com o mesmo e obter uma impregnação do conteúdo. Ao assimilar o material e ter clareza de seu conteúdo, pôde-se iniciar a categorização dos dados (TURATO, 2013).

A categorização permite o agrupamento do conteúdo comum de todo o material coletado, ao condensar os dados brutos em categorias é possível dar certa organização às mensagens (BARDIN, 2011). Para a realização desse processo de formação das categorias se deve respeitar dois critérios: a repetição e a relevância. O primeiro refere-se a distinguir e dar destaque aos dados reincidentes. Já o segundo destaca um dado considerado rico em conteúdo, sem necessariamente haver repetição no todo (TURATO, 2013).

Por fim, ao organizar o material coletado e transformá-lo de dados brutos em dados trabalhados, pôde-se compreender a essência daquilo que se está pesquisando (TURATO, 2013). Dessa forma, os dados são considerados válidos e significativos, logo, podem ser analisados de forma reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Convém destacar que o sigilo dos participantes foi mantido, para isso, na identificação das falas no processo de análise dos dados utilizou-se siglas, de modo que, foram identificadas pelas abreviação “Enf.”, correspondente à Enfermeira,

seguida de um número correspondente, ex.: Enf. 01, Enf. 02, Enf. 03, e assim sucessivamente.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi revisado e aprovado pelo CEP da UFSM em 16/11/2017, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o número 79591617.7.0000.5346 (APÊNDICE E). Dessa forma, orientado pelo TCLE, os princípios das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos, mantendo-se o respeito aos princípios bioéticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e o da justiça.

A privacidade dos participantes envolvidos no estudo foi assegurada pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE A) assinado pela pesquisadora responsável. Garante-se também que os dados serão guardados pela própria por um período de 05 anos e destruídos após esse prazo.

A devolução dos achados da presente pesquisa aos participantes se dará por meio de apresentação em eventos do próprio hospital e com a realização de capacitação sobre a temática.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta dissertação os resultados e a discussão serão feitos concomitantemente. Dessarte, por meio da leitura, análise dos discursos dos participantes e da observação não participante da rotina da enfermagem surgiram categorias que serão descritas e discutidas a seguir, para que assim, seja demonstrado como a enfermagem lida com o processo da comunicação de notícias difíceis no dia-a-dia de trabalho no local pesquisado.

Participaram dessa pesquisa as 07 enfermeiras assistenciais que atuam na UCI. Essas profissionais revezam-se nos 03 turnos trabalho, sendo que cada turno conta com uma ou duas delas. Essas enfermeiras possuem idades entre 33 a 42 anos, tempo de formação profissional de 06 a 22 anos e tempo de atuação na UCI de 01 a 11 anos. Todas possuem especialização, sendo que 01 enfermeira tem título de doutorado, 02 são mestres em enfermagem e 01 é mestranda em gerontologia.

## 4.1 PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Na presente categoria, serão expostas e discutidas as percepções das profissionais de enfermagem sobre: a compreensão da notícia difícil e sobre o impacto da notícia difícil no profissional de enfermagem, na sua rotina de trabalho e no paciente. O comportamento das pessoas é baseado na forma como elas percebem, ou seja, como reconhecem, observam e interpretam, os eventos que acontecem em sua volta. Dessa forma, se fez necessário compreender quais são os significados atribuídos pelas enfermeiras aos diferentes aspectos relacionados à notícia difícil, sendo possível, construir um entendimento de como o grupo pesquisado é afetado pela notícia difícil e como maneja tal situação.

### 4.1.1 Compreendendo a notícia difícil em saúde

Para que se possa ter conhecimento de como a enfermagem enfrenta cotidianamente a repercussão da comunicação de notícias difíceis é importante antes esclarecermos como o grupo pesquisado entende o conceito de notícias difíceis.

A preocupação com a temática da comunicação da notícia difícil é geralmente abordada nas áreas da oncologia e dos cuidados paliativos, uma vez que ambas se caracterizam pelo tratamento complexo e por relacionarem-se com a questão da terminalidade da vida. Nesse contexto, a enfermagem é parte fundamental na comunicação de informações importantes aos pacientes e familiares (FONTES et al., 2017). A comunicação é uma valiosa ferramenta para que o enfermeiro possa prestar uma assistência de qualidade dos cuidados em saúde (BECKSTRAND et al., 2010; MAGALHÃES, 2009; PEÑA; JUAN, 2011).

Estabelecer uma boa comunicação fortalece a relação entre paciente-família-equipe de saúde, favorecendo a autonomia do paciente e a confiança dele no profissional que lhe assiste (ARAÚJO; LEITÃO, 2012). Essa interação entre enfermeiro e paciente facilitada pela comunicação, permite à equipe de saúde prestar uma assistência integral, viabilizando conhecer as particularidades de cada pessoa (GRAAFF et al., 2012; TUBBS-COOLEY et al., 2011).

Devido a essa relação próxima e o contato prolongado que o enfermeiro tem com paciente, muitas vezes, certas comunicações são de notícias consideradas

difíceis (ALLEN; BROCK, 2000). No cenário da área da saúde diversas situações podem ser consideradas como difíceis, principalmente, aqueles associados a diagnósticos graves e prognósticos ruins (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; BUCKMAN, 1992). Essa associação das notícias difíceis com o diagnóstico, prognóstico e tratamento também foi fortemente referida pelas enfermeiras da unidade intensiva:

Os pacientes já vêm [diagnosticados] com uma situação difícil, né... para a gente geralmente. O quê a gente considera pior é quando é alguma coisa... [...] alguma coisa que não tem o que fazer, não tem tratamento ou é uma coisa de muito risco, mas que a pessoa tem que fazer porque não tem outra opção. (Enf. 01)

Notícia difícil é a respeito do prognóstico do paciente, em relação a fazer cirurgia ou não, se o tratamento dele vai ser percutâneo, vai ser cirúrgico, vai ser conservador... então, geralmente quando se trata da conduta ser cirúrgica, geralmente o paciente fica mais abalado, né... do que um tratamento percutâneo... quando só vai colocar stand ou vai só colocar uma endoprótese no caso do paciente vascular. [...] Outra coisa ruim talvez assim quando o paciente não tem uma evolução muito boa, né. [...] estender essa internação, né, que pra eles é ruim essa internação em unidade fechada, então eles querem logo sair daqui, querem ir pro andar. Essa coisa de complicação no pós-operatório para eles também é uma notícia ruim. (Enf. 02)

[...] acho que pro paciente o pior é isso, o diagnóstico ou um procedimento que ele tem que ter, isso é o pior dele ter que lidar com isso, né. (Enf. 03)

Eu acho que às vezes quando a gente chega com o paciente que fez um exame [...] e aí ele precisa fazer cirurgia, ninguém falou nada, os médicos não passaram pra ele e você acaba falando [o diagnóstico], então se torna uma reação no paciente que às vezes é um momento difícil. (Enf. 06)

[Notícia difícil] Seria um prognóstico que não é muito favorável pra ele [paciente] ou ter que fazer um procedimento que causa medo neles ou o médico não passar uma certeza de um desfecho positivo, né... isso causa insegurança neles [...]. (Enf. 07)

Normalmente, as notícias difíceis são relacionadas à comunicação de diagnóstico delicado ou de prognóstico desfavorável (GOMES et al., 2014; MOCHEL et al., 2010; VANDEKIEFT, 2001), mas neste estudo não foram somente mencionadas essas questões, outros acontecimentos que estão presentes no processo de adoecimento também são vistos pelas enfermeiras da UCI como uma notícia difícil.

Nesse contexto, por exemplo, igualmente são consideradas como situações negativamente impactantes na vida do paciente: os efeitos adversos do tratamento, a necessidade de realizar cirurgia, a limitação ou o término das possibilidades de

tratamento, os procedimentos que podem colocar o paciente em risco, as complicações no pós-operatório, a evolução negativa no quadro clínico, a necessidade de tratamento/procedimento em momento inoportuno para o paciente, a proximidade da terminalidade da vida, entre outros (GOMES et al., 2014; VANDEKIEFT, 2001).

A necessidade de aprimorar a discussão sobre outros contextos que podem ser considerados situações de notícias difíceis, e não somente o momento do diagnóstico, surgiu com os avanços nos métodos terapêuticos que tornaram mais fácil oferecer melhores perspectivas no momento de uma comunicação difícil. Desse modo passou-se a dar atenção às situações de recorrência de doenças, progressão da doença por falha no tratamento ou não, efeitos colaterais, revelação de resultados testes genéticos, ainda, discutir questões como os cuidados paliativos e reanimação quando não existem mais opções terapêuticas (BAILE et al., 2000).

Na busca por uma conceituação o mais completa possível da realidade pesquisada pode-se entender que para as participantes do estudo a notícia difícil também é qualquer informação que possa acometer a visão de um indivíduo sobre seu futuro, de forma séria e adversa (BUCKMAN, 1992). Igualmente, qualquer situação que desperte sentimento de desesperança, que represente uma ameaça ao bem-estar físico ou mental do indivíduo, que ofereça risco de perturbar um modo de vida já constituído ou mensagem que apresenta a uma pessoa menos possibilidades em sua vida (BOR et al., 1993), como segue nos relatos:

Porque às vezes eles vêm fazer um cateterismo eletivo, né... só pra fazer um diagnóstico, mas as vezes eles não vão pra casa porque eles fazem o exame, veem que eles têm lesões graves, que eles vão ter que fazer cirurgia para logo, pra semana que vem e eles não tão preparados para aquilo ali, então eles ficam bem abalados, sabe. Porque não era o que eles tinham planejado, não se prepararam, as vezes deixam o trabalho, uma conta pendente, uma coisa pra resolver... e daí eles vêm, ficam no hospital e não podem ir embora, e tão esperando cirurgia e tão grave... já não podem muitas vezes sair da cama, dependendo do caso, já chega e já vai pra repouso... daí aquilo ali abala eles porque é uma notícia ruim tu ter que fazer uma cirurgia cardíaca que tu não tava esperando e tu ter que largar tua vida assim de repente, do nada... pará tudo pra ti te tratar. (Enf. 01)

Notícia difícil pra nós ali no meio da unidade de intensivismo eu acho que seria um diagnóstico inesperado de notícia assim... ruim. Às vezes a cardiologia, né, ela se depara com o paciente que não tem nada e de repente tem uma dor aguda e muda totalmente o diagnóstico, estilo de vida dele, né, então acho que isso seria... pego de surpresa... seria uma das notícias difíceis para eles. (Enf. 04)

Eu acho que notícia difícil é a explanação de algo que o paciente não espera... sabe... receber. É uma notícia que o paciente não espera receber ou ele até sabe que vai receber alguma notícia que vai contra o que ele pensa ou o que ele imagina, mas é aquele momento do choque, sabe... entre o que é realmente real e o que tu tava fantasiando que de repente poderia ser. (Enf. 05)

Como é possível verificar nas falas acima, o grupo pesquisado entende que notícia difícil é aquela que gera choque e surpresa quando é recebida pelos pacientes, tornando esse tipo de comunicação em um momento nada fácil e de grande impacto.

O impacto de quanto a notícia pode ser difícil reside na diferença entre as expectativas do sujeito e a realidade em que ele se encontra (BUCKMAN, 2005). Portanto, o aspecto de quão difícil pode ser uma informação é determinado pelo contexto e pela perspectiva de quem está envolvido no momento dessa comunicação (BAILE et al., 2000; LINO et al., 2011).

Dessa forma, o que transforma uma informação em difícil não é o seu conteúdo em si, mas as experiências que os envolvidos têm com o conteúdo da mensagem, as consequências que ela pode acarretar na vida cotidiana, o momento de vida e a forma que é anunciada. Por isso, a notícia difícil isoladamente não existe, ela tem valor como tal somente no instante em que é associada aos conteúdos emocionais internos que desperta em todos os envolvidos - a subjetividade de cada um (AFONSO; MITRE, 2013; MOCHEL et al., 2010).

A subjetividade é entendida como aquilo que se passa no mundo íntimo de cada um, é algo único e que constrói a singularidade do indivíduo. Esse campo simbólico e individual que cada sujeito constitui se origina na constante troca entre o seu mundo interno e o externo, por conseguinte, as relações e interações sociais que o homem tem com o mundo exterior possibilitam os subsídios para a constituição psicológica do sujeito. Para a compreensão da subjetividade - mundo interno - é importante compreender o mundo externo de cada um (BOCK, 2004; VYGOTSKY, 1995).

Atribuir o que pode ser conceituado como notícia difícil não é uma tarefa simples, pois esta tem significados únicos para cada pessoa que está envolvida nesse processo. Como veremos, o entendimento da importância de considerar essa questão da subjetividade está presente nas falas das entrevistadas:

Eu acho que é bem subjetivo, né, é de cada um o que que é má notícia, né, para cada pessoa. Porque às vezes um diagnóstico, né, pode ser entendido como uma má notícia pelo paciente. O paciente tá aqui, nunca teve nada e daí faz um exame e daí é diagnosticado que precisa de cirurgia, né, aí essa notícia é uma má notícia, né, as vezes pra ele, né, é uma notícia ruim, então isso abala. Ou qualquer procedimento que precise ser feito pode ser uma má notícia, né. Tudo que abala ele eu acho que pode ser entendido como uma má notícia. Não precisa ser uma coisa grande, eu acho. Tudo o que possa abalar o paciente eu acho que pode ser entendido como má notícia. (Enf. 03)

Então... claro que cada paciente reage de uma forma, sente uma notícia difícil e cada profissional também, né. Notícia difícil é algo que tu não espera, né. Ou que tu espera, mas tu acha que não vai acontecer de modo tão próximo, né... ou daquela forma, daquela maneira. (Enf. 05)

Além da forma como o paciente encara a notícia difícil, também se faz necessário considerar a maneira que os profissionais entendem essa situação para que se possa ampliar o conceito do tema.

A notícia difícil pode ser vista como uma via dupla que deve contemplar não somente a concepção de quem a recebe, como também a da equipe. A forma como os profissionais concebem seus pontos de vista e suas representações sobre a notícia difícil está baseada na subjetividade da sua prática profissional e das suas vivências pessoais. Assim, a maneira que a equipe lida com as situações decorrentes do processo de comunicação de notícias difíceis e, conseqüentemente, o relacionamento estabelecido com o paciente, são influenciados pelos sentimentos e as associações que as experiências pregressas com o tema suscitam (PINHEIRO, 2012).

Nessa pesquisa todas as entrevistadas referiram já ter tido algum contato, pessoal ou profissional com a temática. Seguem as falas:

Já. Tanto já dei [notícias difíceis], como já recebi. (Enf. 01)

Já tive já. Eu já recebi notícias difíceis, mas de eu ter que dar não me recordo. (Enf. 02)

Ah sim. Muitas vezes a gente precisa explicar pro paciente o que é. (Enf. 03)

Não [na vida pessoal]. Fora essas que eu te disse [diagnóstico inesperado que surpreende o paciente e comunicar aos familiares o óbito], não. (Enf. 04)

Tem várias [situações], tanto profissional como pessoal. Profissional tem várias. [...] essas coisas chocam e no contexto pessoal ou familiar eu já tive várias, várias notícias difíceis recebidas em relação ao processo saúde-doença... [...] então, apesar de eu ser da área da saúde e trabalhar com essas questões quando é com a família a notícia difícil é... tem um outro peso, uma outra conotação porque envolve sentimento, né. (Enf. 05)

Não lembro. Só quando a gente dá a notícia pros familiares do quadro clínico do paciente... aaa que está instável, tá piorando, não tem o que fazer... eu acho que isso é uma coisa difícil. (Enf. 06)

Sim, eu já passei por notícias difíceis tanto pessoalmente, quanto profissionalmente. (Enf. 07)

O enfermeiro também tem suas formas particulares de vivenciar esse processo tão intenso (RIBEIRO, 2013). Ocupar-se do processo de adoecimento do outro é uma tarefa que apresenta dificuldades pessoais e profissionais (MICHELSON et al., 2011), e nem sempre o enfermeiro consegue suprir da melhor forma as suas necessidades e as do paciente (RIBEIRO, 2013) visto a diversidade dos aspectos emocionais envolvidos no processo de entender e lidar com a notícia difícil (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; MICHELSON et al., 2011).

Interpretar o que são notícias difíceis exige que o profissional se faça sempre presente e tenha sensibilidade para identificar o quanto isso pode impactar, tanto a sua vida como a do outro, sendo um desafio diário para o profissional (MICHELSON et al., 2011). Notícias difíceis ocorrem durante todo o tratamento, não sendo limitadas somente ao momento do diagnóstico ou prognóstico (AFONSO; MITRE, 2013), assim, situações que acontecem fora do contexto hospitalar e são da realidade familiar e social do paciente também são entendidas pelas enfermeiras como ruins.

E as notícias ruins trazidas de casa, assim. A gente procura monitorar as visitas e orientar pra que não traga esses problemas externos, mas às vezes eles [os familiares] julgam inevitável e trazem. A gente teve um na semana... umas duas semanas atrás que a familiar trouxe a notícia que uma sobrinha tinha ido a óbito, só que ela não falou com ninguém da equipe, se poderia dar aquela notícia e simplesmente ela veio e falou. E aí a paciente ficou bem ruim, a gente teve que tratar com ansiolítico, os outros pacientes da volta também ficaram bem... agitou o ambiente [...]. Eu acho que isso seriam notícias difíceis. (Enf. 04)

Ainda pensando nesse amplo contexto daquilo que pode ser uma informação desagradável, certas notícias, mesmo que não sejam vistas como difíceis pelos profissionais de saúde, podem repercutir alterando a vida e a rotina do paciente hospitalizado (AFONSO; MITRE, 2013).

Foi observado pela pesquisadora, durante a realização da coleta de dados, que o que são consideradas situações menores, ou seja, as da rotina de uma internação hospitalar, que não estão diretamente ligadas ao processo de

adoecimento, não são vistas pelas enfermeiras, como notícias difíceis. Por exemplo, o adiamento da cirurgia, necessidade de mudar o acesso intravenoso, realização de exames não previstos, limitação do paciente ao leito, adaptação à dieta hospitalar. Tais acontecimentos rotineiros para a enfermagem não se apresentam assim para o enfermo. Essas ocorrências podem abalar o paciente, que já está em uma posição de fragilidade emocional. Com o processo de observação foi possível identificar que a equipe faz a comunicação dessas situações, mas não as percebe como notícias difíceis.

Frequentemente, quando se adocece e existe a necessidade de hospitalização, a rotina daquele que encontra-se agora na condição de paciente, é modificada. Ter que adaptar-se a essa nova situação requer esforço, pois além de ter que conviver com a doença e a dor, no hospital existem regras e rotinas que afetam negativamente a singularidade de cada um (SIMONETTI, 2013).

Ao ter que modificar sua vida para adequar-se às normas e restrições estabelecidas pela instituição hospitalar, o indivíduo vê-se em um ambiente despersonalizado organizado por ações mecanizadas (SANTOS et al., 2011). Pontua-se que os momentos observados citados acima, geralmente, são encarados de forma negativa e considerados difíceis pelo paciente, porém nem sempre a equipe percebe dessa mesma forma.

De modo geral, podemos afirmar que ao analisar os dados obtidos pelas entrevistas e pelas observações foi possível verificar que a concepção que a enfermagem tem sobre notícia difícil é coerente com aquilo que se encontra na literatura. Está de acordo com o conceito trazido por Buckman (1992), um dos autores mais relevantes neste tema.

O processo de observação identificou que no que diz respeito às questões relacionadas com o adoecimento e o processo de hospitalização, os aspectos que mais chamaram a atenção da equipe, entendidos como notícias difíceis foram: diagnóstico grave ou inesperado, prognóstico desfavorável, procedimentos de risco, complicações no quadro clínico, longo tempo de internação hospitalar, término dos recursos terapêuticos, intercorrências pós cirúrgicas, patologia sem tratamento, descoberta de outra doença associada ou não a condição cardíaca, por fim, pode-se destacar dentro desse contexto que a comunicação da necessidade de intervenção cirúrgica e da ocorrência de um óbito são tidas como as tarefas mais impactantes. Ressalta-se coerências desses achados com a literatura pesquisada.

Dentro desse cenário, a comunicação da notícia de uma morte é um dos momentos considerados mais complexos pela equipe de saúde, pois esse fato faz com que os profissionais tenham que lidar com um assunto que ainda é tratado como tabu em nossa sociedade (MOCHEL et al., 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; PEREIRA, M. A. G., 2005), e faz com que eles tenham que se deparar com a consciência da sua própria morte (BUCKMAN, 1992). Quase não se fala sobre a morte. Além disso, é exigido que se tenha que lidar com as reações emocionais daquele que recebeu a notícia e com a impossibilidade de reverter a situação, uma vez que os profissionais de saúde são mais ensinados a trabalhar com a cura e não com a morte (MOCHEL et al., 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; PEREIRA, M. A. G., 2005). Os profissionais, na sua maioria, não são capacitados para enfrentar a morte, pois ela vem acompanhada da ideia de fracasso do cuidado prestado (PITTA, 2016).

Exemplificando essas afirmações descreve-se as falas abaixo:

[...] Bem difícil porque eu tive que comunicar o óbito de um rapaz jovem pro pai, sabe... bem difícil. (Enf. 01)

[...] Mas pro familiar eu acho que o pior é o óbito, né. (Enf. 03)

O óbito, que é bem difícil. É bem difícil o óbito depois... pra dizer as notícias pro familiar, sim é. E depois o manejo da unidade dos pacientes que ficam e que presenciaram o óbito daquele paciente, é difícil também essa comunicação. (Enf. 04)

[...] envolve a questão relacional do dia a dia, e também a notícia difícil envolve a questão de perda, né. Tu pode não perder o paciente, tu pode não ter o desfecho desfavorável pro óbito, mas é uma perda, né... uma perda de integridade... de alguma coisa... de saúde, de tempo... (Enf. 05)

[...] a notícia da morte para um familiar seria ou até mesmo a notícia dentro da unidade, como é uma unidade fechada, que um paciente morreu... quando eles perguntam de um outro [paciente] do lado... e fulano morreu. Então, [os pacientes pensam] eu estava com um companheiro de quarto a tanto tempo aqui e agora ele morreu, isso também seria uma notícia difícil. (Enf. 07)

Dessa forma, analisa-se que tanto os profissionais de saúde desse grupo de estudo, quanto as pessoas em geral, ainda associam, fortemente, a notícia difícil à doença grave sem cura, ao câncer e à morte (PEREIRA, M. A. G., 2005; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013), muito disso se deve ao fato de que a maioria dos profissionais têm algum grau de medo sobre alguma doença grave ou sobre a própria morte (BUCKMAN, 1992). Isso não foi um achado diferente dentre as profissionais entrevistadas.

Por meio desses relatos das entrevistas e daquilo que foi observado, pode-se considerar que mesmo existindo muitas explicações complementares sobre o conceito de notícias difíceis ficou evidente que o denominador comum é que essa é uma situação inesperada e que altera, negativamente, a perspectiva de futuro de quem recebe esse tipo de comunicação. Observa-se igualmente que sempre deve ser considerado o contexto psicossocial dos envolvidos nesse processo, pois o conceito de notícia difícil é adaptado a cada realidade de cada indivíduo e por vezes não coincidente com o pensar e o agir da enfermagem.

#### **4.1.2 Impacto da notícia difícil no profissional e na rotina de trabalho**

Tradicionalmente, a notícia difícil é entendida como o momento em que o médico informa para o paciente sobre o diagnóstico, o prognóstico ou a forma de tratamento, assim, esse profissional assume o papel de ser o responsável por comunicar tais informações (ANDRADE et al., 2014; GOMES et al., 2014; GOMES; SILVA; MOTA, 2009; WARNOCK, 2014; WARNOCK et al., 2010).

Essa responsabilidade do médico também foi reconhecida pelas enfermeiras entrevistadas. Elas empiricamente sabem e acreditam que a comunicação inicial e principal da notícia difícil é atributo do médico e não da enfermagem, como seguem nos dizeres:

Eu acho que na enfermagem não. Acho mais que isso compete aos médicos plantonistas daqui e quando é alguma coisa fora da especialidade deles, como te disse... um achado, alguma coisa... um tumor, acaba os especialistas de fora, né, que vêm dá consultoria que acabam conversando com o paciente e o familiar. (Enf. 02)

Eu acho que a enfermagem participa de forma mais superficial. Não tanto diretamente quanto o médico, entende. Que o médico que conversa com os familiares, que o médico passa todas as informações... em alguns casos a enfermagem participa, mas é raro. Fica mais a caráter do médico. (Enf. 06)

Um direcionamento que a gente tem é não falar antes do médico. Por exemplo, não falar na cirurgia que o paciente vai fazer antes do médico falar, não comentar com o familiar o prognóstico antes do médico falar, né. Para não gerar informações truncadas, que causaria mais confusão e sofrimento. (Enf. 07)

Apesar de ser um dever do médico previsto em seu código de ética profissional<sup>2</sup>, a comunicação de notícias difíceis não é de sua exclusividade, visto que essa situação deve ser entendida como um processo que deve contemplar os enfermeiros e os demais profissionais de saúde (ANDRADE et al., 2014; GOMES et al., 2014; GOMES; SILVA; MOTA, 2009; WARNOCK, 2014; WARNOCK et al., 2010).

A notícia difícil pode e deve ser vista como um processo, pois ela envolve o fornecimento de informações relevantes que preparam o paciente para receber, entender e lidar com as implicações daquilo que foi comunicado. Portanto, portar informações vai além dos cenários onde se comunica o diagnóstico, prognóstico e tratamento, é um processo que ocorre com tempo. Esse contempla um conjunto de diferentes situações (cirurgia, doença incurável, internação, exames invasivos, entre outras) que podem ser classificados como notícias difíceis, incluindo aspectos que são de competência da enfermagem e da equipe multidisciplinar que trabalham com as questões de saúde e também informam (ANDRADE et al., 2014; GOMES et al., 2014; GOMES; SILVA; MOTA, 2009; WARNOCK, 2014; WARNOCK et al., 2010).

Vários autores abordam sobre essa visão mais ampla acerca da atuação dos profissionais de saúde em relação às notícias difíceis. Seus estudos indicam que os enfermeiros, devido à proximidade com os pacientes, podem oferecer uma assistência voltada às necessidades de informação e de apoio do paciente além do momento da comunicação de notícias difíceis (DEWAR, 2000; GAUTHIER, 2008; STAYT, 2007; WARNOCK, 2014; WARNOCK et al., 2010).

Essa ideia de que as notícias difíceis não se restringem a um único momento, mas fazem parte de um processo contínuo deve-se ao fato de que as informações vistas como negativas surgem ao longo do tempo da hospitalização. Assim, à medida que os eventos acontecem, os pacientes começam a entender as implicações da notícia que lhe foi dada e a partir dessa compreensão começam a surgir questionamentos, preocupações, elaborações e fantasias a respeito do fato (DEWAR, 2000).

---

<sup>2</sup> O Código de Ética Médica traz que é vedado ao médico: “Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (CFM, 2010, p. 38).

Para reforçar essa perspectiva, estudos sobre as experiências dos pacientes ao receber uma notícia difícil apontam que a primeira comunicação da informação foi apenas o início do processo (RANDALL; WEARN, 2005; TOBIN; BEGLEY, 2008). Nesse sentido, deve-se considerar que no transcurso do enfermeiro lidar com a notícia difícil ele deve contemplar atividades que ocorrem antes, durante e depois do fornecimento inicial de informações (WARNOCK et al., 2010), como:

- Antes da notícia difícil ser comunicada: Preparando o paciente para a possibilidade de receber informações importantes (GAUTHIER, 2008; STAYT, 2007).
- Durante a comunicação da notícia difícil: Ajudando o médico, se necessário, a encontrar explicações ou palavras alternativas se o paciente parecer não entender e apoiando emocionalmente o paciente (WARNOCK et al., 2010).
- Após a notícia difícil ser comunicada: Esclarecendo dúvidas e auxiliando na adaptação à realidade apresentada e na tomada de decisões (GAUTHIER, 2008; STAYT, 2007).

No grupo pesquisado ficou claro, tanto por via da entrevista como da observação, que a participação das enfermeiras no processo da notícia difícil está ocorrendo apenas no momento após a informação ruim ter sido dada. Ficou evidente, que devido ao contato mais próximo com o paciente, este dirige seus questionamentos à enfermagem e a atuação dessas profissionais tem sido direcionada: à orientação sobre os procedimentos, à identificação da necessidade de esclarecimentos das interrogações e mal entendidos, à explicação de informação médica complexa e a ajudar o paciente a manejar com as repercussões emocionais da notícia difícil. Pode-se ver nas falas a seguir esses aspectos:

Até acho que eles [médicos] acolhem o familiar na hora de dar a notícia melhor, sabe. Claro eles também quando têm que conversar [com o paciente], mas acho que por não estar ali do lado todo o tempo, sabe... é diferente. O dia a dia é com a equipe [de enfermagem] e os técnicos de enfermagem. Ele [médico] chega ali... vai dar a notícia, vai explicar a situação, mas daí ele [médico] deu [a notícia] e sai, né. É com a gente que o paciente fica. E nós damos conta com [o uso da] empatia, mais do que com uma capacitação propriamente dita. (Enf. 01)

Isso é bem comum... assim... o médico fala e o paciente tem dúvida, mas não é pro médico que ele vai perguntar, sabe. Ele vai perguntar pra quem ele tem mais contato, quem ele tem mais convívio ali, né, então acaba sendo por vezes nem o enfermeiro, mas o técnico. [...] Explicar como vai ser e tal, acho que o nosso papel nesse sentido

é acalmando ele e mostrando os benefícios que ele vai ter com isso, então mostrando que a notícia não é tão ruim assim, né. (Enf. 03)

Mas talvez por ser uma unidade de terapia intensiva cardiológica a equipe tem mais essa conotação de conversar com o paciente, de informar, de dialogar, de dar orientações... (Enf. 05)

[...] num momento difícil... é mais de tu tê que falar, explicar, mas a receptividade e o entendimento deles é bem tranquilo também em relação a essa notícia. (Enf. 06)

Sim. Porque a enfermeira... a enfermagem... na maioria das vezes ela não está na hora que essa notícia é dada. Essa notícia, normalmente, é o médico que vai passar o óbito ou uma cirurgia ou que a cirurgia complicou ou que a cirurgia não vai sair, mas depois quem lida com esse paciente, pós essa cirurgia, ou com esse familiar é a enfermagem. (Enf. 07)

A maneira como cada enfermeiro irá se envolver no auxílio ao paciente que recebeu uma notícia difícil depende da configuração do seu ambiente de trabalho e da sua postura nesse processo. De qualquer forma, essa equipe é fundamental para a integralidade do cuidado, favorecendo assim, com que o paciente consiga desenvolver uma boa relação com os profissionais, tenha uma experiência menos traumática e lide com as consequências dessa situação (ANDRADE et al., 2014; ARAÚJO; LEITÃO, 2012; WARNOCK, 2014).

É importante destacar que ainda não foi devidamente reconhecido ou pesquisado o papel do enfermeiro hospitalar nos contextos da transmissão e gestão das notícias difíceis. Acredita-se que essa contribuição é um dos pontos fortes desse estudo. Muito se fala na comunicação de notícias difíceis pela perspectiva do médico, nesse sentido, os enfermeiros acabam recebendo pouca instrução formal sobre o assunto, pouco apoio institucional para realizar essa atividade e pouca consideração às suas contribuições (FONTES et al., 2017; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; WARNOCK, 2014; WARNOCK et al., 2010).

Todos esses aspectos ficaram muito evidentes durante a observação de campo, a enfermagem não tem qualquer orientação institucional, tampouco acadêmica, e a cultura de atribuir ao médico a exclusividade sobre a comunicação de notícias difíceis faz com que elas não se sintam agentes atuantes nesse processo. Apesar delas compreenderem o conceito de notícias difíceis, conseguem, na sua maioria, reconhecer quem está manifestando reações oriundas desse processo e participarem ativamente do oferecimento de suporte, seja atendendo ou solicitando atendimento de outros profissionais para aquele que está abalado, ainda se veem “do lado fora” como exemplificado abaixo:

Eu gostaria de participar mais, mas eu acho que é bem difícil para eu dar a notícia ruim. Eu até acho que eu conseguiria se eu me trabalhasse. (Enf. 04)

Outro ponto relevante, que deve-se considerar nessa postura de ficar do “lado de fora” do processo de notícias difíceis, é que essa tarefa é delegada completamente a outra pessoa - o médico. Estudos de diversos autores apontam que, no geral, os enfermeiros acreditam ser dever do médico comunicar a notícia difícil, eximindo-se da responsabilidade que também têm. Como dito anteriormente, essa realmente é uma atribuição legal do médico, mas ao adotar esta postura o profissional de enfermagem tenta deixar essa incumbência para o médico numa tentativa de não precisar se deparar com as possíveis dificuldades atribuídas ao processo, como ter que administrar as suas próprias reações emocionais e as do paciente (ABBASZADEH et al., 2014; ARBABI et al., 2010; BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; JOUYBARI; SASNAGOO, 2013). O relato a seguir demonstra essa postura da enfermagem em deixar o médico em uma tarefa solitária por ter dificuldade em lidar com esse difícil e impactante momento.

Eu acho que pro médico seria bom ter alguém da enfermagem junto na hora de falar uma notícia difícil, mas nós fugimos nessa hora. Não é nada fácil de lidar. Depois a gente só aparece na hora de entregar os objetos pro familiar. Isso é o pior pra mim. (Enf. 07)

O fato dos enfermeiros saberem que o paciente irá receber uma informação indesejada pode ser um momento difícil, especialmente em situações que o vínculo enfermeiro/paciente já é algo estabelecido. Nesse contexto, não é raro que o profissional tenha sentimentos de fracasso ou culpa frente sua impossibilidade de reverter a situação, levando assim a certos comportamentos de fuga ou omissão de sua presença (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; STAYT, 2007).

Esses e outros comportamentos defensivos influenciam na forma como esse profissional irá encarar o processo de notícias difíceis e qual será o impacto na sua rotina de trabalho. Nessa pesquisa, foi possível identificar dois principais eixos de ações/sentimentos dos participantes em relação ao impacto no seu cotidiano de trabalho. Assim, no primeiro grupo, uma parte das profissionais disseram sentirem-se preparadas para as repercussões do seu fazer técnico e do contato com os

pacientes da unidade intensiva, acreditando que a notícia difícil não impacta sua rotina de trabalho. Observa-se nas falas subsequentes essa situação:

Eu acho que com a equipe a gente não altera muito [com o impacto da notícia difícil], né. [...] Eu acho que já é intrínseco da enfermagem isso, né. De tu tá preparado com notícia forte, tu tá preparado pra óbito, tá preparado pra emergência, tá preparada para tudo. Então a gente não se comove muito com isso, né, a gente simplesmente absorve aquilo ali e tenta manter seriedade pra não abalar mais paciente do que ele já tá, mas acho que isso é da nossa profissão, é uma coisa intrínseca já. (Enf. 02)

Eu acho que o manejo é tranquilo, assim, eu acho que não chega afetar na vida pessoal, acho que a gente leva alguma coisa, né, sim, mas eu acho que a gente consegue lidar bem. (Enf. 04)

Não vejo nenhuma alteração do profissional em relação a isso [o impacto da notícia difícil]. Eu acho que a medida que a questão sentimental a gente fica mais crua, mais fria, sabe. Fica menos emotiva também. Eu acho que eu nunca vi nenhuma alteração dos colegas. (Enf. 06)

Atualmente, os profissionais buscam no seu fazer técnico um refúgio para diluir o impacto emocional que a dor, sofrimento e morte do outro lhes causam. Para isso, buscam constantemente o equilíbrio entre saúde e doença, vida e morte que, por vezes, vão além das suas possibilidades de administrar aquilo que os mobiliza. Assim, a dificuldade em comunicar e lidar com notícias difíceis, principalmente, de que as reações imprevisíveis dos pacientes os levem a perder o controle de si e da situação, fazem com que eles utilizem estratégias inconscientes ou não para se protegerem (PITTA, 2016).

Em sua formação acadêmica os profissionais de saúde são instruídos sobre a necessidade de manter-se calmos para poder tomar decisões de forma clara e lógica, desse modo, eles têm grande dificuldade em expressar seus sentimentos. E quando o fazem consideram como uma manifestação de fraqueza, fracasso ou culpa (MOCHEL et al., 2010). Em muitas situações os enfermeiros evitam suas próprias reações emocionais, dessa forma, assumem atitudes defensivas, como a indiferença ou a frieza para não encarar o seu sofrimento (ARAÚJO; SILVA; FRANCISCO, 2004; MAK; CHIANG; CHUI, 2013; SALUM et al., 2017).

Para que a enfermagem consiga trabalhar todos os dias em um ambiente tão desafiador e imprevisível como uma unidade intensiva, é necessário que esse profissional consiga dissociar na sua mente os seus sentimentos relacionados à sua função de enfermeiro e os pessoais. Algum grau de dissociação é aceitável para que certos pensamentos e emoções do enfermeiro sejam separados da experiência

desagradável que, geralmente, as notícias difíceis envolvem. Agindo desse modo, tem uma forma de ilusão de domínio da situação traumática e da possível perda de controle (FREUD, S., 1940/1996).

Além da dissociação, existem outros mecanismos de defesa<sup>3</sup> que podem ser utilizados tanto pelo profissional como pela instituição de saúde, como: fragmentação das tarefas de trabalho (cada trabalhador tem sua atribuição), despersonalização da individualidade (todos são iguais), distanciamento e negação dos sentimentos (estes devem ser controlados, evitados) e redução do peso da responsabilidade (pela fragmentação das tarefas, estabelecimento de rotinas e padronizações) (PITTA, 2016).

O trabalho hospitalar impõe rotinas, instrumentos, padronizações e automatismos das condutas, excluindo cada vez mais a capacidade reflexiva da equipe de saúde diante da dor, em consequência disso, esses acabam sofrendo de forma introspectiva devido seu trabalho regrado e penoso. Ao serem impedidos de expressar seu sofrimento ou falharem em utilizar seus mecanismos defensivos os profissionais ficam suscetíveis ao surgimento de psicossomatizações e, por mais que acreditem não serem afetados pelos acontecimentos difíceis, seu corpo e mente adoecem. Tais situações de adoecimento podem se manifestar por meio de: problemas geniturinários, dificuldades osteomusculares, problemas no aparelho digestivo (destacando-se: gastrite nervosa), poliqueixas, transtornos mentais, enfermidades mal definidas, dores de cabeça, ansiedade, tristeza e nervosismo. (PITTA, 2016).

Pode-se compreender que assumir os cuidados de saúde do paciente e as diversas situações possíveis da rotina de trabalho numa instituição hospitalar geram ansiedade e sentimentos mobilizantes. Portanto, exigem que os profissionais exercitem constantemente ajustes e adequações em suas estratégias defensivas, pois o impacto do adoecimento e das notícias difíceis podem levar a enfermagem a reeditar experiências anteriores de ansiedade e, assim, ter dificuldade no manejo das suas emoções e das daqueles que cuidam (PITTA, 2016).

---

<sup>3</sup> Os mecanismos de defesa são processos, geralmente, inconscientes que possibilitam com que o sujeito solucione conflitos não resolvidos em nível consciente. Quando uma pessoa não consegue lidar com situações que lhe são ameaçadoras mecanismos psicológicos de defesa se manifestam com o objetivo de reduzir os efeitos daquilo que coloca em risco a integridade do indivíduo. Os mecanismos de defesa são acionados baseados no nível de angústia sentido (FREUD, A., 1946/1996; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Afirmou-se anteriormente que parte das participantes referiram um certo distanciamento afetivo dos processos que envolvem notícias difíceis. No entanto, no segundo grupo de enfermeiras que foram estudadas nesse sentido, elas disseram sentirem-se afetadas pelo impacto do processo de notícias difíceis em seu trabalho e na convivência constante com essa informação e a dor do outro.

Eu acho que as pessoas têm bastante empatia, sabe. Que tentam amenizar aquele momento, tentam distrair, fazer uma brincadeira, sabe... A equipe é bem coesa, bem disposta a tentar amenizar a dor daquele momento, sabe... eu percebo assim. (Enf. 01)

Eu acho que no ritmo de trabalho não, acho que a equipe é bem consolidada nessa questão de trabalhar, eles não param... continuam trabalhando, mas na questão sentimental... de que abalou a equipe... eu acho que isso aí sim. Até pela questão que eu te falei, né, de serem pacientes que ficam muito tempo ou que eles internam para fazer uma cirurgia e não tem um desfecho favorável de pós operatório, né... ou tem um desfecho favorável, mas depois tem um tipo de intercorrência... isso eu acho que impacta mais, a questão de sentimento de perda porque também penso que enquanto profissionais nós também não fomos preparados para isso, né... pra trabalhar com notícia difíceis. E antigamente nós nem tínhamos, por exemplo, psicóloga no contexto da terapia intensiva, hoje já tem, já tem esse suporte a mais que facilita, mas mesmo assim é difícil de trabalhar. Impacta sim. (Enf. 05)

Eu percebo que quando a gente tem um contato maior com o paciente que fica internado na UCI, ele vai pra cirurgia e a gente já tem uma relação com o paciente e se ele volta em uma situação difícil, complicada, que não tem o que fazer, que tá instável e a gente sabe que vai a óbito, então a gente fica um pouco mais sentida, tocada nesse aspecto, só. (Enf. 06)

Eu acho que sim. Que isso [a notícia difícil] impacta. Que isso pesa no ambiente e isso demora às vezes alguns dias até... por exemplo, a notícia que um paciente faleceu ou uma notícia que alguém jovem não vai conseguir ter o tratamento isso sim deixa a equipe muito chateada... ou uma cirurgia, né, que deveria sair uma semana e não vai sair por falta de material ou por falta de alguma coisa e a pessoa vai ficar mais uma semana ali aguardando e a gente sabendo que aquela semana ele pode morrer. Isso é uma coisa que mexe com a equipe. (Enf. 07)

Na coleta dos dados de pesquisa baseados na observação do dia-a-dia da enfermagem identificou-se que a notícia difícil não altera o fazer técnico da rotina de trabalho, contudo, emocionalmente impacta significativamente essas profissionais. Foi possível observar que o óbito é a situação mais impactante e gera o sentimento de impotência por não poder proceder além do que foi realizado. Ainda, situações em: que o paciente é jovem, que interna na unidade com um diagnóstico que limita as possibilidades de tratamento ou que não possui suporte familiar verificou-se que as enfermeiras ficaram muito sensibilizadas. Ainda, viu-se que também causa abalo nessas profissionais as modificações abruptas no quadro clínico do paciente. Por

fim, é necessário destacar que foi observado que o impacto do processo de notícias difíceis está diretamente ligado ao tempo de internação do paciente e ao vínculo desenvolvido com ele e sua família com a equipe.

O fato do enfermeiro ter um contato prolongado e privilegiado com o paciente facilita o estabelecimento do vínculo. Mediante isso, beneficia com que o paciente compartilhe seus sofrimentos, medos e angústias, logo, o trabalho da enfermagem é otimizado, pois tem condições de identificar e atender as necessidades do paciente (ANDRADE et al., 2014; GOMES; SILVA; MOTA, 2009; MAGALHÃES, 2009). Pode-se entender que o vínculo não é um caminho de mão única, uma vez que situações ruins afetam os profissionais tanto quanto o paciente. Quanto maior for o vínculo do profissional com o paciente, maior será o impacto da notícia difícil no enfermeiro e mais árdua será a tarefa de lidar com esse processo (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011; SALUM et al., 2017).

Portanto, quando se trata do processo de comunicação da notícia difícil, a presença e suporte do enfermeiro pode ser essencial para que o paciente sinta-se esclarecido e apoiado para enfrentar sua nova realidade. Apesar dessa contribuição ainda não ser tão pesquisada, em estudo realizado por meio da revisão integrativa da literatura de artigos em português e inglês, referente ao período de 1993-2014, buscou-se descrever como se estabelece o processo de comunicação de notícias difíceis e identificar como o enfermeiro a faz. Dessa forma, foi concluído que cada vez mais artigos da Suécia, Holanda, Estados Unidos e Brasil demonstraram um crescente na autonomia e participação do enfermeiro no processo desse tipo de comunicação (FONTES et al., 2017).

Ressalta-se a importância de pesquisas que abordem não só a participação, mas o impacto que a enfermagem sofre ao trabalhar com essa temática, pois mesmo que alguns profissionais refiram não serem afetados pelas notícias difíceis recebidas pelos pacientes, foi possível identificar na prática não ocorreu desta forma.

#### **4.1.3 Impacto da notícia difícil no paciente**

Tentar dimensionar o impacto de uma notícia difícil envolve considerar um conjunto de fatores: é preciso validar o contexto, a cultura, a religião, o familiar e as questões psicossociais de quem a recebe. Saber, igualmente, como os profissionais

de saúde consolidam essa percepção do paciente depende, igualmente, de múltiplos fatores.

Apesar de existirem relatos sobre essa temática na literatura, poucos pesquisadores avaliaram como os pacientes se sentem imediatamente após a comunicação de notícias difíceis, geralmente, os dados referentes ao impacto da notícia difícil no paciente são baseados em seus recordatórios retrospectivos do evento ou dos comportamentos observados pela equipe (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004), ou seja, por meio da percepção de outros profissionais: nesta pesquisa, das enfermeiras.

A forma como o paciente irá receber uma informação ruim depende de diversos fatores pessoais (expectativas, experiências anteriores, personalidade...), devido a isso, a mesma notícia difícil pode ser encarada de maneira diferente para cada um que a receber (AFONSO; MINAYO, 2013; VICTORINO et al., 2007). Geralmente, a comunicação de notícias difíceis é um momento permeado por sentimentos de angústia, medo e tristeza. Essa diversidade de reações se manifestam subjetivamente por meio de verbalizações, metáforas, expressões não verbais, manifestações físicas e psicológicas (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004; PRADO et al., 2013).

Essa gama de reações emocionais que cada paciente pode manifestar foi compreendida pelas enfermeiras, além das verbalizações trazidas nas entrevistas, a observação da rotina da unidade intensiva mostrou que a equipe nota quando o paciente está mais calado, ansioso, com humor deprimido, muda seu comportamento, mas principalmente, entende que cada um tem a sua forma particular de reagir.

Eles acabam ficando mais deprimidos, né. (Enf. 01)

Às vezes ele fica abalado, né... fica mais calado, fica mais deitadinho, mais acuadinho... (Enf. 02)

[...] cada paciente tem a reação aquilo [à notícia difícil] diferente, né. (Enf. 04)

[...] eles geralmente modificam o comportamento e a equipe na hora já percebe, né. Então, a gente percebe muito a questão assim de não se alimentar, de começar a não se alimentar porque tá preocupado com a internação... então, a gente instiga essa questão de que tem que se alimentar sim, porque daí tu vai melhorar mais rápido, tu precisa daquela alimentação pra melhorar da patologia, né. A gente nota nos pacientes... que eles começam assim. Às vezes a gente tem como estratégia pedir ajuda da família, do familiar na hora da visita "Olha, estimula a comer." (Enf. 05)

[...] qualquer reação... qualquer mudança na questão da parte psicológica, como ansiedade, a gente consegue identificar. (Enf. 06)

Normalmente, [o paciente] tá conversando... ele recebe a notícia e ele vira pro lado e fica quieto. Finge que está dormindo... alguém se aproxima e ele fecha os olhos, finge que está dormindo ou então tapa a cabeça com o lençol, ele fica... tu nota que a pessoa fica mais quieta, mais ensimesmada. (Enf. 07)

Entender as reações e os comportamentos manifestados por aqueles que receberam uma notícia perturbadora ajuda os profissionais de saúde a oferecer melhor suporte às emoções do paciente no processo de comunicação de tal situação, além de ser uma habilidade importante que deve ser desenvolvida pela equipe (BACK et al., 2005; BUCKMAN, 2005; FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

Cabe à equipe dar uma “resposta de aceitação”, quando ao invés de concordar ou refutar, o profissional reconhece que os sentimentos e os pontos de vista do paciente devem ser considerados, aceitando suas colocações sem julgamentos (BACK et al., 2005; SILVERMAN; KURTZ; DRAPER, 1998). Ao validar as contribuições e emoções do paciente é possível estabelecer um bom relacionamento terapêutico e um melhor manejo da equipe durante o processo de entendimento da notícia difícil, que na maioria das vezes, devido ao forte impacto, tem somente uma parte da informação assimilada.

Também deve-se considerar o impacto fisiológico das notícias difíceis no paciente. Como dito anteriormente, há uma limitação metodológica e ética em monitorar os aspectos psicológicos e/ou fisiológicos de um paciente ao lhe ser comunicado notícias difíceis (PRADO et al., 2013), contudo sabe-se que eles vivenciam um momento de estresse e supõe-se que respondem fisicamente a isso. Assim, o estresse pode acarretar na ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, levando ao aumento de glicocorticoides (cortisol e corticosterona), da pressão arterial, da frequência cardíaca, da atividade nervosa simpática e catecolaminas circulantes (PRADO et al., 2013; PTACEK; PTACEK, 2001). Esses fatores, medidos por instrumentos ou exames, não são complicados de analisar. É o que, em geral, equipes médicas e de enfermagem veem como primeiros procedimentos e sinais físicos mensuráveis de que algo no paciente mudou.

O estresse causado pelo impacto da notícia difícil exerce papel fundamental na resposta que o corpo produz, seja ela física ou psicológica. Como relatado pela enfermeira:

[...] eu acho que é mais a parte emocional deles que mexe, né... às vezes o paciente fica choroso, o paciente fica desestabilizado, acaba às vezes até tendo taquicardia, a pressão altera um pouquinho. (Enf. 02)

Destaca-se que, apesar de ter sido referido apenas no relato acima exposto, a interpretação do que foi observado durante a pesquisa mostrou que ver o paciente chorar mobiliza muito a equipe, as enfermeiras demonstraram muita dificuldade em lidar com essa situação. No contexto observado, essa reação é associada à exteriorização de emoções negativas e as profissionais não se sentem capazes de enfrentar a tristeza do outro, autores apontam que o choro é um mecanismo que os pacientes utilizam para aliviar suas tensões, podendo até ser terapêutico. Diante do pranto do paciente, mesmo que só se possa ser testemunha, deve-se considerar o efeito catártico<sup>4</sup>, pois embora não se tenha a real dimensão de seu significado terá sido sempre necessário e útil (ALMEIDA, 2012).

Além de reações como o choro, outros acontecimentos também foram notados pela equipe. Nesse sentido, foi observado que o fato dos pacientes estarem, em sua maioria, acordados e serem acompanhados em unidade fechada e intensiva facilita a percepção do estado emocional do paciente. Essa característica foi igualmente manifestada pelas enfermeiras:

Estão todos acordados e é um espaço pequeno, então quando gera [desconforto pela notícia recebida]... circula [no sentido de repercutir]. (Enf. 04)

[...] e como a gente fica muito próximo deles ali é perceptível... é o dia inteiro ali, então se eles recebem alguma notícia de que a internação é uma internação mais difícil, de que vai... pode vir a complicar, que vai pra uma cirurgia. [...] Mas também penso que por ser uma unidade onde os pacientes estão mais acordados assim, estão dialogando, isso seja mais perceptível pela equipe. Tu consegue tirar muita coisa do paciente de informações, daí tu consegue perceber melhor porque quando é numa terapia intensiva, onde todos os pacientes estão entubados em ventilação e sedados, tu percebe muito mais a clínica intensiva do que propriamente o comportamento do que eles querem nos dizer com o não verbal. (Enf. 05)

Quando a gente conhece o paciente, que a gente tá há vários plantões acompanhando aquele paciente, a gente consegue identificar [as reações] porque sabe como que aquele paciente é emocionalmente. (Enf. 06)

Sim. [A equipe tem] total sensibilidade [para notar as mudanças de comportamento do paciente]. (Enf. 07)

---

<sup>4</sup> Catarse: Cathasis significa em grego purificação, purgação. Sigmund Freud utilizou para descrever o alívio gerado pela descarga emocional, por vias normais (não patogênicas), ao liberar o afeto ligado a um acontecimento traumático (LAPLANCHE; PONTALIS; 2001).

O cuidado de enfermagem dentro do contexto de uma UTI cardiológica é complexo e diversificado, pois além dos imprescindíveis procedimentos técnicos que asseguram uma assistência específica, segura e contínua, deve-se considerar a diversidade das manifestações e necessidades daquele que encontra-se hospitalizado (CARVALHO et al., 2013; SILVA; CRUZ, 2008).

Os pacientes da UTI cardiológica apresentam problemas graves e proximidade do risco de morte (CARVALHO et al., 2013). Por isso, a tensão da possibilidade de ocorrerem mudanças súbitas no estado geral do paciente ou situações de emergência somados às características físicas deste local (luzes, ruídos, aparelhos...) e ao trabalho constante da equipe, transformam este ambiente em estressante para os pacientes e os profissionais (RODRIGUES JUNIOR; AMARAL, 2001; URIZZI et al., 2008).

À vista disso, as ações do cuidado da enfermagem na UTI cardiológica priorizam o controle das funções fisiológicas, do conforto físico e emocional do paciente, nessa ordem, pelo que foi observado. Nesse cenário, a proximidade, familiaridade e interação, proporcionadas pelo convívio intenso entre profissionais e paciente, facilitam com que os procedimentos técnicos sejam realizados de acordo com as necessidade da situação de cada um (SILVA, 2002). No entanto, salienta-se apoiados por autores que, a competência técnica e o vínculo que se estabelece entre o enfermeiro e o paciente é o que propiciam uma assistência humanizada por parte desses profissionais e da equipe de saúde (LEAL et al., 2006).

Humanizar a assistência em saúde é valorizar os sentimentos e as percepções do paciente e do profissional, é reconhecer a palavra do outro. Para que haja humanização é preciso estabelecer uma comunicação efetiva, ou seja, saber falar e ouvir (ESP, 2005). É um processo que transforma as atividades da equipe e do local que ela está inserida, garantindo qualidade na assistência ao paciente. O cuidado e a preocupação com a assistência humanizada relacionam-se diretamente (LEAL et al., 2006), pois cuidar requer o comprometimento de todos. Para isso, deve-se compartilhar as experiências vivenciadas naquele momento, a fim de em conjunto refletir e achar soluções, sempre considerando a singularidade dos sujeitos envolvidos (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Contudo, efetivamente envolver-se com os sentimentos do outro é uma atividade que demanda muito. Compreender emocionalmente o outro significa ter

que dar conta das suas próprias emoções e muitas vezes, no ambiente hospitalar os profissionais evitam “sentir” para poderem lidar com a dura realidade. Devido a essa esquiva muitas vezes os trabalhadores de saúde adoecem (PITTA, 2016).

Assim, apesar da particularidade da unidade intensiva onde a pesquisa foi realizada, em que os pacientes internados estão acordados e podem manifestar o quanto a notícia difícil foi impactante, e das verbalizações das enfermeiras de que as reações emocionais e físicas são percebidas, surpreendentemente também foi dito por parte das entrevistadas que essas expressões do que acontece no mundo interno do paciente não lhes afetam pessoalmente, nem a sua rotina de trabalho.

A gente lida bem com com isso [as reações do paciente]. E a gente tá bem preparado pra poder atender ele no que ele for apresentar. (Enf. 02)

Não. Tudo [referindo-se à rotina de trabalho] é feito muito tranquilo. Assim... [as reações do paciente] afetando a rotina, não. (Enf. 03)

Aaa gera [desconforto]... ele pode não falar pro médico na hora, mas depois gera aquele desconforto e a gente acaba sendo mediador, assim. Mas a gente não tem muito stress, assim, a equipe consegue lidar. (Enf. 04)

Sim. Eu noto [as reações do paciente]. Mas como em qualquer área nós temos colegas com esse feeling mais aguçado, tem colegas que percebem mais rápido e tem colegas que são mais técnicos, não a técnica pela técnica, mas que preconizam o processo de trabalho. (Enf. 05)

Em pesquisa qualitativa, realizada por Carvalho et al. (2013) com seis enfermeiros de uma UTI cardíaca da cidade de Teresina-PI, constatou-se que, devido ao trabalho complexo e especializado que uma UTI cardiológica exige, o enfermeiro que atua neste tipo de unidade busca otimizar os processos de trabalho, proporcionando uma assistência de alta qualidade com ações mais alicerçadas no conhecimento técnico e científico (CARVALHO et al., 2013) do que em uma visão holística<sup>5</sup> do paciente.

O contexto da UTI é claramente refletido no discurso das entrevistadas, que privilegiam a utilização da técnica e dos equipamentos disponíveis em suas práticas de cuidado. Em algumas situações o predomínio do uso das normas e rotinas já estruturadas prejudicam as possibilidades de dar atenção às outras situações que também fazem parte do cuidado e da promoção de saúde (AGUIAR et al., 2012). Os vários aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e ambientais devem ser

---

<sup>5</sup> Visão holística: Ter uma visão global. Em saúde significa que o paciente deve ser compreendido e tratado em sua totalidade, considerando todos os fatores biopsicossociais. Favorece o processo de humanização e a relação entre equipe/ paciente/ familiares (LEITE; STRONG, 2006).

considerados para que o profissional não foque apenas na doença, mas consiga efetivamente promover o cuidado, saúde e bem-estar (DIAS; VIEIRA, 2008).

Esse grupo de pesquisa, concordando com as autoras acima, prioriza o lado técnico do trabalho e foi relatado que considera que não é afetado pelos sentimentos do paciente. Contudo, as enfermeiras não deixam de notar quando algo emocionalmente debilitante acontece com aquele que está internado na UTI cardiológica e tentam amenizar o ocorrido com os recursos empíricos que possuem como seguem nos dizeres:

Ah sim [a equipe nota quando o paciente está abalado]. Daí todo mundo se mobiliza pra tentar dá uma tranquilizada, né. Quando tem um paciente que está mais deprimido... também... o pessoal se mobiliza pra dá uma atenção especial. (Enf. 03)

Mas eu acho que a equipe sim percebe, com raras exceções, não só percebe como valoriza a queixa ou a situação. (Enf. 05)

É importante considerar que as reações emocionais do paciente refletem diretamente na enfermagem, em seus processos de trabalho e, certamente, no seu viver cotidiano. Portanto, cabe a ela compreender que certas manifestações psicológicas, desencadeadas pelas notícias difíceis, devem-se ao doloroso momento que o paciente se encontra. Ao identificar os sentimentos e as atitudes do paciente, a equipe poderá auxiliá-lo por meio de uma comunicação clara e efetiva, fortalecendo assim, o respeito, o vínculo terapêutico de confiança e as ações de cuidado. Desse modo, para alcançar uma assistência de qualidade é fundamental que a enfermagem não tenha apenas um olhar técnico, mas também um olhar humanizado.

#### 4.2 HABILIDADES E ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A NOTÍCIA DIFÍCIL

Com a ampliação do entendimento de que notícia difícil não se limita a um único momento, mas refere-se a um processo onde mais de uma situação pode ser entendida como ruim e envolve a participação da equipe multidisciplinar, considera-se que a enfermagem desempenha papel fundamental, pois além de fornecer informações, ajudam os pacientes a se prepararem, compreenderem e lidarem com a notícia difícil recebida (WARNOCK, 2014).

Diariamente o profissional de saúde se depara com o desafio de lidar com a notícia difícil e, comumente, essa tarefa é vista com alguma dificuldade em razão de que requer conhecimento, perícia e habilidade (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; MICHELSON et al., 2011; WARNOCK, 2014). A dificuldade para lidar com a notícia difícil, além de observada, também foi relatada pelas entrevistadas, que sentem-se despreparadas e com pouca habilidade para manejar essa situação, como se pode observar nas falas:

Porque é uma coisa [as notícias difíceis] que tem uma lacuna, né. Que a gente não sabe muito como agir. (Enf. 01)

É meio complicado, né? Já que a gente não é uma... não vou dizer habilidade, mas uma conduta nossa, então a gente não tem muita prática com isso [notícias difíceis]. [...] Quando a gente tem que dar a notícia... acho que a gente não é preparado para isso. Eu não saberia. (Enf. 02)

Eu acho que deveria ter bastante melhoria na habilidade. Eu acho que pra vocês da psicologia é mais fácil de lidar [com as notícias difíceis], a gente às vezes pede, pergunta pras colegas de que forma a gente vai abordar, [...] mas eu acho que seria importante trabalhar a habilidade, pra desenvolver melhor. Pro impacto no paciente ser melhor. (Enf. 04)

Pra mim é bem difícil [ter habilidade para] lidar com a situação [de notícias difíceis], talvez porque já tenha envolvido o contexto familiar e vem nas tuas memórias, tu lembra de situações, remete. [...] (Enf. 05)

Sim. Eu considero que eu tenha alguma habilidade pra lidar com as situações de notícias difíceis. Mas nem sempre é fácil, uso mais da intuição, nunca tive instrução (Enf. 07)

A inabilidade dos profissionais de enfermagem para lidar com a notícia difícil pode ocorrer pela complexidade dos aspectos emocionais envolvidos no processo e pela ausência de preparo/instrução, pois essa complicada tarefa exige treino, além do desenvolvimento de técnicas e competências (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; BUCKMAN, 2005).

Os enfermeiros têm uma grande contribuição no processo de notícias difíceis que deve ser reconhecida e apoiada, visto que saber fazer-se presente, dar suporte, acompanhar e compartilhar a dor do outro é uma atividade complexa e que requer preparo do profissional de saúde. Contudo, a orientação e educação necessárias para que as habilidades em lidar com notícias difíceis sejam desenvolvidas e reflitam o papel que os enfermeiros podem desempenhar, normalmente, não é oferecida no curso de graduação profissional, como também não é abarcada nas instituições hospitalares, que não proporcionam espaços de compartilhamento e reflexão sobre

o assunto (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010; MEERT; SCHIM; BRILLER, 2011; WARNOCK, 2014).

De acordo com as informações coletadas, um dado marcante, foi que todas as entrevistadas reconhecem que tiveram um preparo mínimo ou nulo para a abordagem da notícia difícil durante seus cursos de formação profissional, como poderemos verificar a seguir:

Não. A gente tem alguma aula, alguma coisa, né... mas propriamente disso [notícias difíceis], não. (Enf. 01)

Não. Eu não tive isso, uma preparação a respeito disso [notícias difíceis] na faculdade, também nunca tive nenhum curso sobre isso. (Enf. 02)

Pra isso [notícias difíceis] não. Específico não. [...] Então, às vezes pra isso [comunicar óbito ao familiar] a gente até tem [orientação], mas formal eu não tive. E pra lidar com o paciente nunca tive específico... capacitação também não. (Enf. 03)

Olha... eu acho que em relação à teoria [da notícia difícil] sim, na cadeira de psicologia, mas na prática não. (Enf. 04)

Não, na minha formação não. Eu me formei fazem 22 anos e agora se fala mais [sobre notícias difíceis], antigamente não se falava. [...] Então eu acho que o processo de formação nosso, de modo geral no Brasil, nós não somos preparados. (Enf. 05)

Não específico. Na graduação eu tive alguma coisa de notícia pós morte... que a gente trabalhou em psicologia. Mas foi só isso e depois nunca mais foi abordado esse tema. (Enf. 06)

Não. Nenhuma instrução. (Enf. 07)

Ao serem questionadas se havia alguma orientação sobre comunicações difíceis na unidade intensiva pesquisada ou da instituição hospitalar todas as entrevistadas foram unânimes em suas respostas, afirmando não existir qualquer instrução. Demonstrando, dessa forma, que é necessário oportunizar, no local de trabalho, mais espaços de discussão sobre a questão da notícia difícil.

Não tem [orientação institucional]. (Enf. 01)

Não, não temos orientação nenhuma sobre isso. (Enf. 05)

Não, nada... (Enf. 07)

Essa lacuna na formação profissional, acrescida das barreiras individuais e institucionais, é que tornam o manejo com as notícias difíceis uma tarefa tão penosa para os enfermeiros (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; GOMES et al., 2014).

Para que esses profissionais desenvolvam suas habilidades para lidar com o processo de notícias difíceis é preciso que as instituições acadêmicas: a) Estimulem o desenvolvimento de habilidades e competências na comunicação; b) Nas discussões de casos clínicos, integrem os aspectos emocionais do estudante à técnica; c) Oportunizem o aprendizado do trabalho em equipe; e d) Incentivem o aprimoramento profissional por meio minicursos e palestras (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Como contribuição das pesquisadoras, pode-se dizer que as atividades acima propostas precisam ocorrer ao longo do tempo e serem constantes durante o exercício profissional das pessoas. Tal processo favoreceria o aprimoramento profissional e a compreensão de si e do outro. Sobre essa questão, o grupo pesquisado mostrou, como seguem nos relatos, grande interesse em receber capacitação, participar de grupos de discussão e rodas de conversa com temáticas que transcendam a área clínica.

Eu acho que sim... uhum. [...] Ainda não foi feita nenhuma capacitação [sobre notícias difíceis]. [...] Seria uma sensibilização, né, pra gente ter esse tato. (Enf. 02)

Eu acho que seria legal [ser capacitada], é bem-vindo. Até pra tu mostrar os dados, né. Porque daí seria a realidade da nossa unidade. (Enf. 04)

A ideia da capacitação eu acho muito positiva. (Enf. 05)

Sim [gostaria de ser capacitada] porque é um assunto inerente, do nosso dia-a-dia na unidade. Acho super pertinente. (Enf. 07)

Num esforço para minimizar a lacuna existente entre a formação e a prática profissional, existem estratégias que facilitam a comunicação de notícias difíceis na prática diária das instituições de saúde. Essas estratégias que auxiliam o profissional no manejo de comunicações ruins e atenuam o impacto da notícia para o paciente são contempladas em protocolos reconhecidos e recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo o Protocolo S.P.I.K.E.S. o mais conhecido deles (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; MOCHEL et al., 2010; VICTORINO et al., 2007).

O Protocolo S.P.I.K.E.S. foi apresentado por Buckman em 1992, como explica o próprio autor, é uma estratégia e não um script. Evidencia os elementos mais relevantes da comunicação de notícias difíceis, sugere métodos para avaliar a situação conforme a comunicação evolui, além disso, orienta respostas construtivas às reações dos envolvidos (BUCKMAN, 2005).

O Protocolo é composto por 06 etapas, nas quais cada letra correspondente a uma das fases e forma o acrônimo S.P.I.K.E.S. Dessa forma, Buckman (1992) explica os passos:

- S (Setting Up the Interview) - Planejar a comunicação - Organizar o espaço (primar pela privacidade, disponibilizar tempo adequado, sentar-se), preparar-se para a conversa (reler histórico do paciente), envolver pessoas importantes e conectar-se com o paciente (BUCKMAN, 1992).
- P (Perception) - Avaliar a percepção e compreensão do paciente sobre sua situação - Verificar o entendimento desse sobre a doença, corrigir informações, avaliar existência de processo de negação e adequar a informação conforme capacidade de entendimento do paciente (BUCKMAN, 1992).
- I (Invitation) - Obter o convite do paciente para realizar a comunicação - Avaliar o desejo do paciente de receber informações e mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas. Caso o paciente não queira saber sobre a sua situação, mostrar-se sempre disponível para questionamentos futuros ou para conversar com alguém de sua confiança (BUCKMAN, 1992).
- K (Knowledge) - Dar conhecimento e informação - Anunciar com delicadeza ao paciente que notícias difíceis estão por vir, ser honesto, usar linguagem acessível, respeitar o tempo do paciente e checar sua compreensão a cada momento durante a comunicação (BUCKMAN, 1992).
- E (Emotions) - Explorar as emoções - Dar espaço e abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas e empáticas (BUCKMAN, 1992).
- S (Strategy and Summary) - Estratégia e resumo - Resumir o que foi conversado e traçar estratégias futuras em conjunto com o paciente, assim, compartilhando a responsabilidade sobre as decisões (BUCKMAN, 1992).

O Protocolo S.P.I.K.E.S. foi criado baseado na realidade norte-americana, mas em resposta a isso e num esforço para se ter um instrumento que contemple o

contexto das práticas de saúde brasileira, atualmente contamos com o Protocolo P.A.C.I.E.N.T.E. Desenvolvido pelo Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) em 2007, esse protocolo conta com 7 etapas (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017):

- P (Prepara-se) - Confirme a informação a ser revelada, sendo assim, releia o prontuário e tenha em mãos os resultados. Garanta tempo suficiente, privacidade, conforto e ambiente adequado, de preferência sem barreira física entre o profissional e o paciente (por exemplo, escrivaninha). Olhe nos olhos e estabeleça um vínculo de empatia. Dê a oportunidade do paciente decidir se quer compartilhar com alguém essa informação (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).
- A (Avaliar o quanto o paciente sabe) - Avalie o quanto de informação o paciente já possui e o quanto quer saber. Quanto menos o paciente souber sobre sua situação, maior deve ser o cuidado e atenção durante a comunicação. Respeitar o direito do paciente caso ele recuse receber a informação. Ele tem autonomia para indicar alguém para recebê-la (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).
- C (Convite à verdade) - Dar espaço para que o paciente convide o profissional a compartilhar a informação e pergunte abertamente aquilo que deseja saber. Caso o paciente não convide o profissional para realizar a comunicação, mostre-se disponível para realizá-la em outro momento (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).
- I (Informar) - Compartilhe a informação em quantidade, velocidade e qualidade suficiente para possibilitar uma decisão sobre o tratamento e sua vida particular. Dê detalhes de acordo com o que o paciente solicitar. Seja claro, honesto e realista, sempre mantendo a esperança do paciente. Utilize as palavras corretas e explique-as (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).
- E (Emoções) - Dê tempo para que o paciente compreenda e reaja às informações, e assim, se expresse. Ouça, toque, esclareça as dúvidas e

acolha (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).

- N (Não abandonar o paciente) - Assegurar acompanhamento médico e dos demais profissionais de saúde. Comprometa--se com o paciente! Ofereça conforto, alívio da dor e cuidados paliativos (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).
- T (Traçar uma) E (Estratégia) - Mantenha uma relação transparente priorizando a vontade do paciente. Planejem em conjunto os próximos cuidados a serem oferecidos, opções de tratamento. Inclua cuidados interdisciplinares (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).

Como pode-se notar, os protocolos S.P.I.K.E.S. e P.A.C.I.E.N.T.E. apenas diferem em um estágio: "Não abandonar o paciente". Visto a realidade dos serviços de saúde brasileiro foi necessário aos autores do protocolo adicionar essa recomendação. Não é incomum a equipe de saúde, principalmente o médico, abandonar os cuidados do paciente após a comunicação de um diagnóstico difícil ou terminal ou do fim das possibilidades terapêuticas. Possivelmente, isso ocorre pelo fato de que os profissionais não são preparados para lidar com o insucesso e falhas no processo de adoecimento (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).

Além desses protocolos, ainda dispõe-se do método N.U.R.S.E. que auxilia os profissionais de saúde a responder, verbal e não-verbalmente, de forma empática às reações emocionais do paciente. O método N.U.R.S.E. foi desenvolvido por Smith em 2002 e é constituído por cinco fases (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; SMITH et al., 2002):

- N (Naming) - Nomear - Inicialmente, o profissional precisa nomear para si a emoção do outro. Nomear, reafirmar e resumir são maneiras de começar a aceitar e responder aos sentimentos do paciente. Depois, de forma sugestiva, dê nome às emoções do paciente mostrando sensibilidade ao seu sofrimento (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; SMITH et al., 2002).

- U (Understanding) - Compreender - Compreender com sensibilidade a situação ou os sentimentos do paciente é um pré-requisito para responder de maneira empática. Por meio da exploração, da escuta ativa e do respeito ao silêncio é possível ter uma compreensão clara dos medos e preocupações do outro, e portanto, validar as emoções (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; SMITH et al., 2002).
- R (Respecting) - Respeitar - Estabelecer com o outro uma relação de empatia baseada no respeito e na dignidade. Reconhecer e respeitar as emoções de um paciente sinaliza que esses sentimentos têm importância (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; SMITH et al., 2002).
- S (Supporting) - Apoiar - Mostrar apoio à capacidade do paciente de lidar com a situação e reconhecer os esforços dele diante disso. Garantir o não-abandono ajuda a aliviar os medos dos pacientes e reforçam suas habilidades de enfrentamento (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; SMITH et al., 2002).
- E (Exploring) - Explorar - Mostrar interesse ao que o paciente verbalizou e/ou demonstrou. Oportunizar que ele elabore seus sentimentos e preocupações, e dessa forma, compartilhe com a equipe aquilo que ainda pode ter hesitado em revelar. Assim, é possível que ambas as partes explorem o que ainda não foi contemplado, façam perguntas e obtenham esclarecimentos (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013; SMITH et al., 2002).

Com o objetivo de auxiliar na condução das reações emocionais que receber uma notícia difícil pode vir a despertar no paciente, elucidamos compondo um comparativo entre os protocolos. O método N.U.R.S.E. pode ser utilizado na quinta etapa (E - emotions) do protocolo S.P.I.K.E.S. (BACK et al., 2005; KAPLAN, 2010), assim, como do protocolo P.A.C.I..E.N.T.E.

Apesar do uso dos protocolos focarem sua realização em um atendimento clínico planejado, é necessário considerar que muito da atuação da enfermagem no processo de notícias difíceis é oferecendo esclarecimentos e apoio, logo, não há uma previsibilidade de quando as perguntas serão feitas pelos pacientes (DEWAR, 2000). Visto isso, é relevante considerar que mesmo em situações imprevisíveis e

não planejadas o enfermeiro que tem clareza do uso dos protocolos pode utilizá-los para orientar sua conduta.

Cabe destacar que, apesar da grande contribuição, somente a utilização desses ou outros protocolos e métodos não assegura que a comunicação será completamente eficaz e satisfatória (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012) uma vez que existem aspectos que não se pode controlar, como as reações emocionais de cada um frente à notícia difícil (MOCHEL et al., 2010). Portanto, é importante que o profissional se faça sempre presente e tenha sensibilidade para identificar o quanto aquela comunicação difícil impacta na vida do outro (MICHELSON et al., 2011). Ainda, é essencial que o profissional tenha clareza que os protocolos não precisam ser completados em uma única ocasião, podem e devem ser retomados sempre que necessário, sempre que o paciente demandar (PEREIRA, C. R., 2010; PEREIRA, C. R., LEMONICA, BARROS, 2007; PEREIRA, C. R. et al., 2017).

Para alguns então, a utilização de protocolos pode não ser tão útil pois, muitas pessoas em seu aprendizado profissional já desenvolvem satisfatoriamente a habilidade de comunicação, como na psicologia. No entanto, muitas outras profissões como a enfermagem, odontologia, fisioterapia e a medicina não habilitam, em geral na formação acadêmica, para trabalhar, desenvolver e conter várias situações afloradas na relação clínica. Assim sendo, o protocolo pode representar uma diretriz relevante.

Durante a pesquisa foi tanto relatado, como foi possível observar que o grupo de enfermeiras não utiliza essas estratégias baseadas em protocolos ou em alguma recomendação institucional. Cada uma delas utiliza, de modo empírico, aquilo que acha mais adequado na hora de lidar com as repercussões da notícia difícil. Desse modo, as condutas adotadas como estratégias estão baseadas na subjetividade, na opinião própria ou experiências profissionais e pessoais de cada enfermeira, como seguem os dizeres:

[Estratégia] de manejo não. É bem subjetivo assim, a conduta vai de cada profissional, não tem nada padronizado... tipo assim... como que a gente abordaria tais e tais situações, não. (Enf. 04)

Eu acho que com o tempo que a gente vai trabalhando ali, a gente vai tendo... criando... né... experiência... adquirindo, né. É isso... essas habilidades a gente vai adquirindo... não é assim uma estratégia criada. (Enf. 03)

E com a equipe não tem muitas estratégias assim... é o que vem no momento, sabe. É o feeling. O que vem no momento. (Enf. 05)

Muitas coisas eu faço de forma empírica. (Enf. 07)

A maioria dos profissionais, embasa suas atitudes frente à notícia difícil em sua experiência prática (BAILE et al., 2000). Todavia, não se deve esquecer que a avaliação da informação como boa ou ruim é subjetiva e isso tem implicações na forma como o profissional conduz os efeitos da notícia difícil no paciente (EGGLY et al., 2006). A influência de fatores subjetivos como expectativas, valores, experiências de vida, eventos que levam até a comunicação e o momento em esta é feita, também pesam sobre os profissionais (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004; VANDEKIEFT, 2001). Por isso, lidar com o paciente que recebe algum comunicado desagradável requer preparo e o desenvolvimento de habilidades e/ou estratégias para tal (EGGLY et al., 2006).

Durante o período de diagnóstico e tratamento da enfermidade é de suma importância que, além de enfermeiros tecnicamente especializadas, o paciente possa contar com profissionais capacitados com habilidades de comunicação e gerenciamento das notícias difíceis. Contudo, para que a enfermagem possa efetivamente contemplar este importante aspecto do atendimento ao paciente também deve existir suporte adequado a esta equipe (PALMER; THAIN, 2010).

Atualmente, cada vez mais as instituições hospitalares estão preocupando-se em realizar estudos, cursos e oficinas sobre como comunicar, trabalhar e acompanhar os pacientes/ familiares que receberam notícias difíceis (GONZÁLEZ, 2012), pois a habilidade de lidar com o processo de notícias difíceis pode e deve ser desenvolvida nos profissionais de saúde (BAILE et al., 2000; BUCKMAN, 2005). Como exemplo, pode-se citar: o Instituto Nacional de Câncer (INCA), que desde 2009, oportuniza para seus profissionais oficinas e capacitações por meio do projeto "Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis no tratamento" (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010). E o Hospital Israelita Albert Einstein que oferece cursos presenciais e à distância, visando instrumentalizar por meio do conhecimento técnico e das estratégias facilitadoras - protocolos.

Baseados nas experiências das capacitações realizadas pelo INCA, em 2010 o Instituto e o Hospital Israelita Albert Einstein, lançaram o livro intitulado "Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde".

Esse material busca qualificar os profissionais de saúde para lidar com os diferentes aspectos da comunicação com pacientes e familiares, além de propor uma mudança da atenção ao cuidado e uma gestão compartilhada. O livro é disponibilizado nas plataformas digitais e pode ser consultado pelos diversos profissionais de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Destaca-se que esses espaços de capacitações propiciam com que as equipes compartilhem suas experiências difíceis para que essas sejam refletidas e discutidas dentro de um ambiente que oferece suporte e estratégias norteadoras. Enfatiza-se a importância de formar os profissionais nessa temática, mas sempre ao lado de um exercício pleno da clínica e do uso prudente e parcimonioso da tecnologia disponível.

No contexto pesquisado, nas etapas de observação, notou-se que as ações mais utilizadas como estratégias pelas enfermeiras para responder às angústias do paciente que está passando por um momento, visto como negativo, são: acolher o paciente (para elas, com o significado vindo do próprio ato de cuidar, de dar-lhe atenção, estar presente, dar conforto), usar da empatia (solidarizar-se com a dor do outro), dar esclarecimentos, solicitar atendimento psicológico, solicitar e administrar medicações e usar recursos lúdicos (brincadeiras, adereços alusivos a festas típicas como natal, carnaval, copa do mundo...). Essas condutas estão relatadas nas falas das enfermeiras:

Mais por características pessoais da empatia. Uma coisa natural, assim. Do ser humano que vê outro ser humano que tá sofrendo. É isso que eu percebo. Tu quer de alguma maneira acolher... eles tão ali sem familiar, sem ninguém, né. Numa unidade que não pode ficar familiar, então o que eles têm ali no momento é a gente e aquele familiar que vem meia hora ali, né. (Enf. 01)

Muitas vezes a gente precisa explicar pro paciente o que é. Por exemplo: O paciente que recebe a notícia que precisa fazer uma cirurgia cardíaca, eu acho que a pior notícia pra ele, né. Aí que ele precisa porque ele tá aqui, é uma internação mais longa, então, ele precisa reorganizar tudo na cabeça dele, então ele tem muitas dúvidas... então acho que nosso suporte maior nesse momento é dá ooo... orientar, né. (Enf. 03)

Acho que é bem pessoal... assim... mais humano, sabe. Aquela coisa mais humana... assim... de tu dar o conforto. Mas não é aquela habilidade que é da psicologia mesmo, a gente deveria trabalhar mais eu acho. Ter um aporte melhor, né. [...] (Enf. 04)

A gente tenta conversar, acalmar e tenta conversar com o médico para ver uma medicação para ajudar também... um ansiolítico, alguma coisa nesse sentido. (Enf. 06)

A estratégia que eu uso é mostrar-me interessada e sensível ao que a pessoa está passando, né. E oferecer um espaço para que ela possa falar, se ela quiser, aquilo que ela está sentindo em relação aquilo. E sempre se mostrar positiva, às vezes dar algum exemplo de alguém que também fez o procedimento e conseguiu sair bem [da unidade]. (Enf. 07)

Para se proporcionar uma boa assistência em enfermagem é necessário associar a habilidade técnica e o conhecimento científico com a forma que o enfermeiro interage com o paciente. Nesse sentido, é fundamental ter uma atitude empática, que reconhece e valida sentimentos do outro promovendo o real acolhimento das suas necessidades (PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013). Assim, foi possível para as participantes explorarem o entendimento que o paciente tem sobre a informação recebida e fornecer esclarecimentos.

Acolher é dar ouvidos, dar crédito a, receber, atender, aceitar. O ato de acolher é uma ação de inclusão, que representa a atitude de “estar com”, “estar perto de” (BRASIL, 2010). Deve ser adequado às necessidades dos usuários e à resolubilidade do atendimento, formando o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde (LIMA et al., 2007). Dessa forma, o acolhimento é uma relação humanizada de escuta qualificada, é o compromisso de responder às carências daqueles que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O mais poderoso instrumento que a enfermagem tem para humanizar o cuidado é a comunicação. O diálogo com o paciente oportuniza que o profissional esclareça certas dúvidas que o paciente possa ter durante o seu processo de hospitalização (MORAIS et al., 2009) e isso não é diferente no manejo das notícias difíceis recebidas.

Por meio da interação que a comunicação interpessoal promove, o enfermeiro pode prestar cuidados de qualidade e explorar os sentimentos e pensamentos do paciente. Desse modo, o profissional consegue interagir com aquele que cuida, oferecendo suporte adequado (MORAIS et al., 2009; PEREIRA, M. A. G., 2008).

Esse diálogo, que busca a empatia e é uma ferramenta do acolhimento, deve ser feito pela enfermagem de forma sensível, pois ter uma boa comunicação influencia o relacionamento equipe/paciente, a experiência do paciente com a hospitalização e a forma como este vai lidar com as notícias difíceis (WARNOCK et al., 2010). No contexto hospitalar, o enfermeiro tem papel ativo na transmissão de informações e no manejo delas, portanto, a forma como é transmitida a mensagem e o comportamento do profissional frente a isso tem forte influência na maneira que o

paciente irá receber e elaborar a notícia (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004; FONTES et al., 2017; PALMER; THAIN, 2010).

Para se estabelecer a comunicação como uma estratégia de manejo do processo de notícias difíceis, além de muito treino das habilidades, é importante que o profissional seja sensível, empático e compassivo (HOPWOOD; STEPHENS, 2000; PALMER; THAIN, 2010; PEREIRA, M. A. G., 2008). Por meio dessas qualidades o enfermeiro consegue de fato ouvir as indagações do paciente e responder o que ele quer saber, sem mitigações, sem infantilizações, não banalizando o momento e nunca retirando a esperança (BECZE, 2010; PEREIRA, V., 2009).

Destaca-se que o diálogo com a equipe promove no paciente as sensações de tranquilidade e segurança, sentimentos esses que refletem diretamente na redução da ansiedade, do medo e da depressão (HOPWOOD; STEPHENS, 2000; PALMER; THAIN, 2010; SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005). Por conseguinte, é imprescindível o oferecimento da informação relevante à pessoa atendida pois, desse modo, ela é empoderada, o que resulta no aumento de sua capacidade de discernimento, deliberação e por fim, de decisões que podem ser compartilhadas (BUCKMAN, 1992; DÍAZ, 2006; MOCHEL et al., 2010; PEREIRA, M. A. G., 2005).

Contudo, vários autores trazem o quão é delicada a comunicação em saúde, principalmente tratando-se das notícias difíceis, pois nesse contexto o profissional precisa enfrentar as reações emocionais não somente do paciente, mas as suas próprias, sendo assim, é compreensível que nem sempre ele consiga dar o suporte necessário ao paciente (PEREIRA, M. A. G., 2005; PEREIRA, M. A. G., 2008).

O profissional de enfermagem esbarra na forma particular que vivencia o processo das notícias difíceis, tendo em vista essa limitação, as entrevistadas referiram solicitar o auxílio do profissional da psicologia também como uma estratégia para administrar a repercussão das informações ruins dentro da UCI.

[...] às vezes a gente também pede ajuda pra parte da psicologia que nos acompanha pra falar um pouquinho com o paciente, com o familiar também... e no que compete um pouquinho a nós e no que a gente sabe... em dar um apoio psicológico também. (Enf. 02)

E quando, claro, é uma coisa muito mais grave, agora a gente tem o apoio do profissional da psicologia. Antes a gente não tinha... era tudo, né... então, agora já faz algum tempo tem o psicólogo e qualquer coisa a gente chama... se é uma coisa muito, né... muito descompensado... a gente chama a psicóloga pra trabalhar isso. (Enf. 03)

[...] pra nós era muito importante a presença do psicólogo na unidade. Não sei como é que faz, mas eu acho que é um trabalho que deveria fazer parte todo dia, sabe. Do envolvimento, sabe. (Enf. 04)

Ademais aos relatos acima, foi observado que a solicitação de atendimento psicológico é frequente dentro da unidade cardiológica pesquisada. Foi possível verificar que diálogo entre a enfermagem e o paciente é uma constante. Todavia, sempre que uma questão emocionalmente mobilizante acontece as enfermeiras buscam o atendimento da psicologia da unidade para que o profissional dessa área lide com o que está afligindo o paciente. Ainda, foi observado pela pesquisadora, que muitas vezes o psicólogo foi procurado pela enfermagem não somente para atender o paciente, mas também para orientar a equipe de como fazê-lo.

A forma como cada paciente reage ao seu adoecimento e tratamento é diferente, cada um é singular em sua subjetividade. Baseados nos sentimentos, fantasias, lembranças e estilo de vida cada pessoa tem a sua forma particular de adoecer, ou seja, cada um tem a sua maneira de reagir emocionalmente ao adoecimento. E é no encontro da subjetividade do paciente com a rotina do hospital que a psicologia pode ajudar os profissionais de saúde e os pacientes (SIMONETTI, 2013).

A hospitalização não afeta apenas o corpo, mas o indivíduo como um todo, assim, o impacto do adoecimento tem implicações emocionais e é necessário que o psicólogo ofereça sua escuta para o paciente sobre angústias, conflitos e fantasias relacionados a essa nova situação, por consequência, seu sofrimento pode ser simbolizado e amenizado (ROMANO, 2001; SIMONETTI, 2013).

Apesar da função do psicólogo ser a de compreender o comportamento e os processos mentais do indivíduo, para assim, oferecer o suporte emocional necessário, é dever de todos os profissionais de saúde preocuparem-se com o bem-estar psicológico do paciente. Bianchini et al. (2016) refere que no momento em que o profissional abarca os aspectos emocionais do paciente durante a comunicação e o manejo das notícias difíceis, a equipe propicia ao sujeito a sensação de estabelecimento do vínculo, suporte e segurança (BIANCHINI et al., 2016). Visto que a notícia difícil deve ser entendida como um processo que merece atenção antes, durante e depois do momento da comunicação é fundamental a interação multidisciplinar para que essa atividade seja bem desempenhada e desenvolvida, a

fim de, minimizar as repercussões negativas tanto no paciente, como no seu relacionamento com a equipe (WARNOCK et al., 2010).

Comunicar e/ou lidar com notícias difíceis, como já foi ressaltado, é uma tarefa penosa, que requer habilidades, estratégias e sensibilidade para gerir não somente as reações da pessoa que recebe a informação, como também as reações do profissional envolvido. Nessa situação, os prestadores de cuidados se deparam com seus próprios medos, ansiedades e desconfortos, associados sobretudo: ao medo de ser responsabilizado/culpado por ser portador da notícia difícil, ao receio de não saber responder aos questionamentos do paciente/familiares, a apreensão quanto à expressão de suas reações emocionais, aos medos pessoais acerca do adoecimento e da morte e o medo de não estarem preparados para gerenciar as reações do paciente e sua família (BUCKMAN, 1984; EDWARDS, 2010; MOCHEL et al., 2010; PEREIRA, M. A. G., 2005; PEREIRA, V., 2009).

Trabalhar com notícias difíceis traz uma carga emocional muito grande para os profissionais de saúde, que muitas vezes precisam utilizar mecanismos de resiliência<sup>6</sup> e de defesa para evitar o estresse e esgotamento (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004; PALMER; THAIN, 2010). O parágrafo abaixo auxilia nessa compreensão considerando a questão dos mecanismos de defesa.

Foi observado que algumas atitudes da enfermagem como a solicitação de medicação para conter as reações emocionais - por exemplo o uso de ansiolítico para acalmar o paciente considerado ansioso - foi uma estratégia utilizada por elas para lidar com o sofrimento desse. Logo, pode refletir uma estratégia de defesa da equipe, um subterfúgio (fuga) para não precisar ter que dar conta das manifestações do outro.

Todos os diversos medos e inseguranças que o enfermeiro possui podem levá-lo a utilização de mecanismos de defesa, para que assim não precisem lidar

---

<sup>6</sup> Resiliência: Um dos criadores do conceito foi Boris Cyrulnik (neurologista, psiquiatra e psicanalista francês). Ele iniciou seus estudos sobre resiliência ao observar a adaptação e ajustamento de pessoas após passar pela traumática experiência de terem sobrevivido aos campos de concentração nazistas quando crianças. Originalmente, o termo resiliência vem da física e explica a capacidade que certos materiais têm de retornar à forma original após serem submetidos a uma deformação (CYRULNIK, 2003). Na psicologia significa a capacidade para se recuperar de abalos sofridos ou de voltar ao estado que estava antes do abalo. Capacidade do indivíduo de encontrar soluções estratégicas para adaptar-se a mudanças, enfrentar a adversidade ou lidar com problemas/obstáculos sem desestabilizar-se psicologicamente (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Pode ser entendida como uma forma de proteção. A capacidade de ser resiliente pode ser inata ou desenvolvida por meio das interações que o indivíduo tem com o meio social e com os outros (INFANTE, 2005).

com situações complexas. Em certas situações pode ocasionar em uma comunicação pobre e menos empática (PEREIRA, M. A. G., 2008; PEREIRA, A. T. G.; FORTES; MENDES, 2013). A utilização de mecanismos de defesa também foi referida pelo grupo pesquisado como será mostrado na fala a seguir:

Um pouco, mas eu tento separar bem, sabe. Não sei se eu faço isso pra me proteger porque se eu for me abalar com cada situação difícil que aparece pra gente aqui, né... os pacientes vão embora, mas a gente sempre fica. Então, eu tento não levar pra mim, claro que às vezes acontece uma situação que te marca mais, né, mas eu tento sair daqui e esquecer. É uma coisa que eu acho que eu faço pra me defender mesmo. (Enf. 01)

Devido os receios despertados pelas situações consideradas difíceis, os profissionais de saúde preferem afastar-se do complicado cenário apresentado para não ter que gerir suas próprias vivências e emoções acerca dessa temática, em consequência disso, não conseguem dar o apoio necessário àqueles que cuidam (EDWARDS, 2010; PEREIRA, M. A. G., 2008).

Outra forma de evitar o contato com as emoções é o uso do humor, nesse sentido, para enfrentar as imprevisibilidades do cotidiano de um profissional de saúde, estes procuram trabalhar em clima de brincadeira. Ao externalizar suas emoções pela via do humor a equipe utiliza de uma outra forma de defesa, como resultado, pode evitar a reflexão sobre as limitações e exigências da profissão (CANO; MORE, 2016). Nessa pesquisa, pode-se citar o uso do humor e do lúdico como estratégias muito utilizadas pela equipe de enfermeiras. Esse aspecto ficou muito evidente da observação do campo de pesquisa, como também foi contemplado nos dizeres das enfermeiras:

Daí a gente tem que brincar com aquele paciente ou dar uma maneirada, porque ele já tá numa situação complicada. (Enf. 01)

Eu acho que o pessoal tem muito a parte lúdica, assim, gosta de brincar... [...] o pessoal tá toda hora brincando, tentando... né. Os nossos pacientes tem a característica de a maioria tá acordado ali, né. São pacientes que tão bem, só que são muito graves, né. Aparentemente bem, mas podem... né... a qualquer momento desestabilizar. Então, é isso. Acho que o pessoal tem essa... a maioria dos profissionais tem isso de tá sempre tentando aumentar o astral ali, dá uma animada. (Enf. 03)

Entretanto, não se deve pensar no uso do lúdico apenas como um mecanismo de defesa, essa estratégia é válida no momento que o lúdico é utilizado para expressar a subjetividade do cuidado de enfermagem. A utilização do lúdico

como ferramenta para manifestar a criatividade e sensibilidade do profissional facilita a interação com o paciente, promovendo a socialização e a comunicação, sendo assim, qualifica o ato de cuidar da enfermagem. Por meio de brincadeiras, da descontração, da conversa alegre, entre outras interações lúdicas, a enfermagem proporciona uma melhora no estado emocional do paciente, por conseguinte, a diminuição da tensão e da angústia da hospitalização (BEUTER; ALVIM, 2010).

Por fim, pode-se entender que a falta de instrução/capacitação sobre notícias difíceis, além do desconhecimento do grupo sobre o uso de protocolos, como foi observado e relatado, gera a ocorrência de dúvidas se a conduta utilizada foi a estratégia mais adequada, como é exemplificado a seguir:

Eu acho que eu me considero capaz [de lidar com as repercussões das notícias difíceis], mas eu não tenho certeza se tô fazendo a coisa [estratégia] certa. (Enf. 01)

A gente [têm como estratégia] conversar se seria importante passar [a informação] pro paciente ou não, a gente discute entre nós, sabe. Entre a equipe pra ver se seria a melhor conduta, tenta pelo menos [ter a melhor conduta]... (Enf. 04)

Portanto, apesar de complexa, as habilidades e estratégias para lidar com o impacto das notícias difíceis podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro e aprimoradas com a experiência cotidiana (EDWARDS, 2010). Entende-se que diante da relevância que lidar com notícias difíceis tem, o profissional precisa instrumentalizar-se, conhecer a teoria e os conceitos sobre o tema, desenvolvendo assim, habilidades na comunicação e no manejo da situação. Por meio dessas ferramentas e do uso dos protocolos pode-se traçar estratégias que favoreçam os espaços de diálogo da situação.

O enfermeiro deve ser consciente das suas próprias reações e sentimentos para que possa estabelecer uma relação satisfatória com o paciente que recebeu uma notícia difícil. Por causa disso, recomenda-se que o enfermeiro disponibilize um tempo para refletir e reconhecer suas emoções, com o objetivo de desenvolver sua sensibilidade e a habilidade clínica relacionada às notícias difíceis (VICTORINO et al., 2007). Dessa forma, será possível trabalhar a subjetividade do cuidado, e conseqüentemente, gerenciar as emoções e sentimentos de todos os envolvidos nesse processo de cuidado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado numa UTI cardiológica requer de seus profissionais uma assistência com procedimentos técnicos específicos, seguros e contínuos. Devido a isso, o enfermeiro estabelece uma relação próxima e um contato prolongado com aquele que cuida, assim, a comunicação de informações importantes aos pacientes e familiares se torna uma constante e um instrumento fundamental para que se possa oferecer uma assistência de qualidade dos cuidados em saúde.

Por meio da boa comunicação, é possível que o enfermeiro tenha uma visão integral do paciente, pois consegue reconhecer a singularidade de cada pessoa hospitalizada, além de fortalecer a relação paciente-família-equipe de saúde. O enfermeiro tem função ativa na comunicação com o paciente, e cada vez mais é reconhecida a importância da atuação desse profissional em situações decorrentes do processo de comunicação de notícias difíceis.

Considerando a pergunta orientadora desta pesquisa e o objetivo estabelecido de compreender como a enfermagem, em sua rotina de trabalho, lida com a repercussão da comunicação de notícias difíceis, verificou-se que as enfermeiras entendem o conceito de notícias difíceis como sendo uma situação inesperada que causa uma alteração negativa no percurso de vida já constituído do sujeito.

Nesse sentido, também foi conceituado como um momento de grande impacto que desperta sentimento de desesperança, de incerteza quanto ao futuro e medo de ter seu bem-estar físico e mental ameaçado. Ainda, foi entendido pelas enfermeiras, que deve-se considerar o contexto psicossocial dos envolvidos nessa comunicação, pois o conceito de notícia difícil é subjetivo, ou seja, cada pessoa tem o seu conceito próprio, visto que este é adaptado a realidade de cada um.

Nessa pesquisa, foi identificado que a enfermagem compreende o conceito de notícias difíceis, na maioria das vezes, reconhece quem está manifestando reações oriundas desse processo e participa ativamente do oferecimento de suporte, seja atendendo ou solicitando atendimento de outros profissionais, contudo se veem “do lado fora” desse processo.

Isso ocorre pois, as enfermeiras (e os demais profissionais de saúde) ainda possuem dificuldade de compreender que a notícia difícil pode e deve ser vista como um processo, já que esclarecer dúvidas e preparar o paciente para receber,

entender e lidar com as implicações daquilo que foi comunicado não se limite a um determinado momento e é de responsabilidade da equipe multiprofissional, não uma exclusividade médica.

A partir do exposto, verificou-se que essa postura de se ver “do lado fora” do processo de comunicação de notícias difíceis faz com que o grupo pesquisado desconsidere o impacto emocional que a notícia difícil tem no profissional da enfermagem. Dessa forma, a pesquisa identificou que a notícia difícil não altera o fazer técnico da rotina de trabalho do grupo, porém, emocionalmente impacta as enfermeiras, gerando, por vezes, sofrimento e adoecimento dessas profissionais.

A notícia difícil afeta a enfermagem, pois estas prestadoras de cuidado têm as suas subjetividades e representações sobre a temática, utilizando-se dessas experiências pregressas - pessoais e profissionais - como referencial para manejar tal situação no seu fazer técnico. Portanto, o impacto emocional da enfermagem é um reflexo das tanto das suas próprias reações e emoções, como as dos pacientes.

Os dados revelaram que as enfermeiras não deixam de notar quando algo afeta aquele que está hospitalizado e tentam, empiricamente, amenizar o ocorrido. Dessarte, cada enfermeira do grupo pesquisado utiliza aquilo que, baseado na sua experiência cotidiana, acredita ser mais adequado na hora de lidar com as repercussões da notícia difícil no paciente.

Constantemente, a enfermagem é desafiada a lidar com a notícia difícil e, na maioria das vezes, essa tarefa é vista como morosa, já que envolve não somente os aspectos emocionais, como também a falta de preparo/instrução e do desenvolvimento de técnicas e competências. As habilidades e estratégias para lidar com o impacto das notícias difíceis podem e devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro, sendo aprimoradas com a experiência cotidiana e não baseadas exclusivamente nesta.

Por meio deste estudo vislumbrou-se que ainda é limitado o entendimento do papel do enfermeiro no processo de comunicação das notícias difíceis, conseqüentemente, esses profissionais recebem pouca ou nenhuma instrução durante a graduação ou no exercício do seu fazer, onde a instituição hospitalar também não oferece qualquer tipo de suporte à equipe. Dessa forma, não é raro que o enfermeiro, por não saber lidar com a dolorosa situação, tenha comportamentos defensivos, de fuga ou omissão de sua presença.

Portanto, para que sejam desenvolvidas e aprimoradas as habilidades e/ou estratégias para manejar as repercussões das notícias difíceis, é necessário que seja oportunizada instrução e orientação na graduação de enfermagem, além de espaços institucionais de compartilhamento, reflexão e educação continuada. Comunicar e/ou lidar com notícias difíceis é uma tarefa penosa, que requer habilidades, estratégias e sensibilidade para gerir não somente as reações da pessoa que recebe a informação, como também as reações do profissional envolvido.

Uma limitação encontrada nesta pesquisa refere-se ao fato de ter sido realizada em um único contexto. Assim, sugere-se que outros estudos sobre o papel do enfermeiro no processo de comunicação de notícias difíceis sejam realizados em diferentes contextos, para que dessa forma hajam dados que retratem a realidade brasileira.

Por fim, ressalta-se que todos os objetivos propostos nesta dissertação foram atingidos e espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre a importância e a relevância da participação ativa da enfermagem que trabalha cotidianamente com os pacientes no processo de comunicação de notícias difíceis. Fortalecendo, desse modo, sua inserção neste momento.

## REFERÊNCIAS

- ABBASZADEH, A. et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. **J Med Ethics Hist Med.**, v. 7, n. 18, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263382/pdf/jmehm-7-18.pdf>>. Acesso em: 30 junho 2018.
- AFONSO, S. B. C.; MITRE, R. M. A. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2605 - 2613, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 junho 2018.
- AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2747 - 2756, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 junho 2018.
- AGUIAR, A. S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428 - 435, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 junho 2018.
- ALLEN, J.; BROCK, S. A. **Health Care Communication Using Personality Type: Patients are different**. London: Routledge, 2000.
- ALMEIDA, W. C. **Rodapés psicodramáticos**: subsídios para ampliar a leitura de J. L. Moreno. São Paulo: Ágora, 2012.
- ANDRADE, C. et al. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v.22, n.5, p. 674 - 679, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/5748>>. Acesso em: 23 maio 2018.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- ARAÚJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. A comunicação de notícias difíceis: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. UERJ, Rio de Janeiro, RJ, v.11, n.2, p. 58 - 62, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/8943/6836>>. Acesso em: 23 maio 2018.
- ARAÚJO, M. M.; SILVA, M. J.; FRANCISCO, M. C. Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. **Int Nurs Rev.**, v. 51, n. 3, p. 149 - 159, sep. 2004. Disponível em: <doi:10.1111/j.1466-7657.2004.00225.x> Acesso em: 08

julho 2018.

ARBABI, M. et al. How to Break Bad News: Physicians' and Nurses' Attitudes. **Iran J Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 128 - 133, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395928/>>. Acesso em: 02 julho 2018.

BACK, A. L. et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 55, n. 3, p. 164 - 177, maio/jun 2005. Disponível em: <doi: 10.3322/canjclin.55.3.164> Acesso em: 16 abril 2018.

BAILE, W. F. et al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302 - 311, ago. 2000. Disponível em: <doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302> Acesso em: 16 junho 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6.ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BECKSTRAND, R. L. et al. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. **American Journal Of Critical Care**, São Diego, v. 19, n. 6, p. 543 - 552, nov. 2010. Disponível em: <doi: 10.4037/ajcc2009497>. Acesso em: 19 abril 2018.

BECZE, E. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. **ONS Connect**, v. 25, n. 9, p. 14 - 15, set. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945670>>. Acesso em: 28 abril 2018.

BEUTER, M.; ALVIM, N. A. T. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 567 - 574, set. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945670>>. Acesso em: 16 junho 2018.

BIANCHINI, D. et al. Comunicação em Oncologia: Uma análise qualitativa sob enfoque psicanalítico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 2 p. 349 - 358, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29707/pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

BOCK, A. M. B. A perspectiva histórica da subjetividade: uma exigência para la psicologia atual. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 1, fev. 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2004000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 junho 2018.

BOR, R. et al. The Meaning of Bad News in HIV Disease: counselling about dreaded issues revisited. **Counselling Psychology Quarterly**, v. 6, n. 1, p. 69 - 80, 1993. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1080/09515079308254494>>. Acesso em: 19 junho 2018.

BORGES, M. S.; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 113-126, ago. 2012. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159>>. Acesso em: 21 maio 2018.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Resiliência em psicologia. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p. 263 - 271, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159>>. Acesso em: 11 maio 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 20 maio. 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 abr 2016. Disponível em: <[http://www.gppege.org.br/ArquivosUpload/1/file/Res\\_%20CNS%20510-2016%20%C3%89tica%20na%20Pesquisa.pdf](http://www.gppege.org.br/ArquivosUpload/1/file/Res_%20CNS%20510-2016%20%C3%89tica%20na%20Pesquisa.pdf)>. Acesso em: 20 maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2018.

BUCKMAN, R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Community Oncology**, Toronto, v.2, n.2, p. 138-142, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://residents.pediatrics.med.ubc.ca/wp-content/uploads/2014/08/Delivering-Bad-news.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

BUCKMAN, R. Breaking bad news: why is it still so difficult? **British medical Journal**, v. 288, n. 6430, p. 1597 - 1599, maio. 1984. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>>. Acesso em: 27 junho 2018.

BUCKMAN, R. **How to break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

CANO, D. S.; MORE, C. L. O. O. Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 1-10, Jul./Set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722016000300210&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000300210&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 junho 2018.

CARVALHO, M. L. et al. Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **R. Interd.**, v. 6, n. 4, p. 60 - 67, out./nov./dez. 2013. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/195/pdf\\_68](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/195/pdf_68)>. Acesso em: 18 junho 2018.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1.931/2009, Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM nº 1.897/2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CYRULNIK, B. **Resiliência: Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

DEWAR, A. Nurses' experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. **The Journal of Neuroscience Nursing**, v. 32, n. 6, p. 324-330, dez. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155347>>. Acesso em: 24 maio 2018.

DIAS, M. A. S.; VIEIRA, N. F. C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 71 - 77, fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100011>>. Acesso em: 03 maio 2018.

DÍAZ, F. G. Comunicando malas noticias en Medicina: Recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Medicina Intensiva**, v.30, n.9, p. 452-59, 2006. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-5691200600090000](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-5691200600090000)> Acesso em: 24 maio 2018.

EDWARDS, M. How to break bad news and avoid common difficulties. **Nursing & Residential Care**, v. 12, n. 10, p. 495 - 497, out. 2010.

EGGLY, S. et al. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, n. 4, p. 716 - 719, fev. 2006. Disponível em: <doi: 10.1200/JCO.2005.03.0577>. Acesso em: 03 maio 2018.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA (ESP). Secretária de Saúde. Política de Humanização da Assistência à Saúde. **Manual da Humanização**. Porto Alegre, RS, 2005. Disponível em: <<http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>> Acesso em: 29 maio 2018.

FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **Lancet**, v. 363, n.9405, p.312 - 319. jan. 2004. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)>. Acesso em: 03 maio 2018.

FONTES, C. M. B. et al. Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1089-1095, out. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 junho 2018.

FORMIGA, N. S. Os estudos sobre empatia: Reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. **O Portal dos Psicólogos**. v. 1, p. 01 - 25, 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf>> Acesso em: 18 maio 2018.

FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1946/1996.

FREUD, S. A divisão do ego no processo de defesa. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1940/1996. v. 23.

GAUTHIER, D. M. Challenges and opportunities: communication near the end of life. **Medsurg Nursing**, v. 17, n. 5, p. 291-296. out. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19051974>>. Acesso em: 06 junho 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, n. 55, p. 139 - 143, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v02/pdf/07\\_artigo4.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/07_artigo4.pdf)>. Acesso em: 06 junho 2018.

GOMES, G. C. et al. Dando notícias difíceis à família da criança em situação grave ou em processo de terminalidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 347 - 352, mai./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a09.pdf>>. Acesso em: 04 junho 2018.

GONZÁLEZ, M. A. S. **Bioética en Ciencias de la Salud**. Madrid: Elsevier-Masson, 2012.

GRAAFF, F. M. et al. Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review. **BMC Palliative Care**, v. 11, n. 17, 2012. Disponível em: < doi: 10.1186/1472-684X-11-17>. Acesso em: 08 maio 2018.

HOPWOOD, P.; STEPHENS, R. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. **Journal of Clinical Oncology**, v. 18, n. 4, p. 893 - 903, fev. 2000. Disponível em: <doi:10.1200/JCO.2000.18.4.893>. Acesso em: 08 maio 2018.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A. OJEDA, E. N. S (Coord.) **Resiliência**: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 23 - 38.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis**: Compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

JACCOBSEN, J.; JACKSON, V. A. A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. **J Natl Compr Canc Netw**. v. 7, n. 4, p. 475-480, abr. 2009.

JOUYBARI, L. M.; SASNAGOO, A. The Nurses' experiences of breaking bad news to the patients. **Iranian J Med Ethics**, v. 7, n. 24, p.11-30, nov. 2013. Disponível em: <<http://journals.sbmu.ac.ir/en-me/article/view/10267>>. Acesso em: 30 junho 2018.

KAPLAN, M. SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 14, n. 4, p. 514-516, ago. 2010. Disponível em: <doi: 10.1188/10.CJON.514-516 > Acesso em: 16 set 2018.

KUHN, T.; LAZZARI, D. D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1075 - 1081, dec. 2011. Disponível em: <doi: 10.1590/S0034-71672011000600013 > Acesso em: 08 julho 2018.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEAL, M. I. I. ; LÖW, M. M. L. ; KONORATH, N. M. ; ROVEDA, S. R. P. Percepções da equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Nursing**, São Paulo, v. 9, n.94, p. 719-723, 2006.

LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M. I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203 - 214, abr./jun. 2006. Disponível em: <[https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/35/influencia\\_visao.pdf](https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf)> Acesso em: 12 julho 2018.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12 - 17, mar. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>> Acesso em: 10 julho 2018.

LINO, C. A. et al. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-5022011000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5022011000100008&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 24 maio 2018.

MAGALHÃES, J. C. **Cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2009.

MAK, Y. W.; CHIANG, V. C. L.; CHUI, W. T. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. **Int J Palliat Nurs.**, v. 19, n. 9, p. 423 - 431, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.9.423>>. Acesso em: 08 julho 2018.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

MICHELSON, K. N. et al. Pediatric intensive care unit family conferences: one mode of communication for discussing end-of-life care decisions. **Pediatr Crit Care Med.**, v. 12, n. 6, p. 336 - 343, nov. 2011. Disponível em: <doi: 10.1097/PCC.0b013e3182192a98> Acesso em: 14 maio 2018.

MEERT, K. L.; SCHIM, S. M.; BRILLER, S. H. Parental bereavement needs in the pediatric intensive care unit: review of available measures. **J Med Palliat.**, v.14, n. 8, p. 951 - 964, ago. 2011. Disponível em: <doi: 10.1089/jpm.2010.0453> Acesso em: 17 maio 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOCHEL, E.G. et al. Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. **Cad. Pesq.**, São Luís, v.17, n.3, p. 47- 56, set./dez. 2010.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.3, p. 323-327, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>> Acesso em: 24 maio 2018.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.20, n.4, p.422-28, out./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400016)>. Acesso em: 25 maio 2018.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250 - 257, abr. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>>. Acesso em: 29 maio 2018.

PACHECO, A. P. A. M. Da Solidão Profissional à Interdisciplinaridade: a Trajetória de um Grupo Balint-Paidéia. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: Compartilhando desafios na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: INCA, 2010. p.73-84.

PALMER, C.; THAIN, C. Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. **Cancer Nursing Practice**, v. 9, n. 9, p. 24 - 27, nov. 2010. Disponível em: < doi:10.7748/cnp2010.11.9.9.24.c8080>. Acesso em: 20 maio 2018.

PEÑA, A. L. N.; JUAN, L. C. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1429 - 1436, dez. 2011. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>. Acesso em: 07 maio 2018.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L., MENDES, J. M. G. Comunicação de más notícias: Revisão sistemática da literatura. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.1, p. 227-35, jan. 2013. Disponível em: < http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3254/5498>. Acesso em: 20 maio 2018.

PEREIRA, C. R. **Comunicando más notícias**: protocolo paciente. 2010. Tese (Doutorado em Anestesiologia) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/103998/pereira\_cr\_dr\_botfm.pdf?sequence=1> Acesso em: 15 junho 2018.

PEREIRA, C. R.; LEMONICA, L.; BARROS, G. A. M. Comunicação de más notícias em medicina: protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. **Âmbito Hospitalar**, São Paulo, v.182, p.29-32, 2007.

PEREIRA, C. R. et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 43-49, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-42302017000100043&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 junho 2018.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p. 33-37, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf> Acesso em: 15 junho 2018.

PEREIRA, M. A. G. **Comunicação de notícias difíceis em saúde e gestão do luto**. Porto: Formasau, 2008.

PEREIRA, V. Comunicar o fim de vida... o papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. **Revista Enformação**, v. 12, p.14-17, 2009. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf> Acesso em: 07 maio 2018.

PINHEIRO, U. M. S. **Más notícias em oncologia**: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em:

<[http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2012\\_2013/Dissertacao\\_Ursula\\_Pinheiro.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2012_2013/Dissertacao_Ursula_Pinheiro.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2018.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7. ed. São Paulo: Hucitec editora, 2016.

PRADO, A. J. F et al. Ambiente médico: o impacto da má notícia em pacientes e médicos – em direção a um modelo de comunicação mais efetivo. **Rev Med.**, São Paulo, v. 92, n. 1, p. 13 - 24, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/68144/pdf\\_4](http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/68144/pdf_4)>. Acesso em: 02 maio 2018.

PTACEK, J. T.; PTACEK, J. J. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. **J Clin Oncol.**, v. 19, n. 21, p. 4160 - 4164, 2001. Disponível em: <<http://jco.ascopubs.org/content/19/21/4160.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 julho 2018.

RANDALL, T. C.; WEARN, A. M. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experiences. **Palliative Medicine**, v. 19, n. 8, p. 594 - 601, dez. 2005. Disponível em: <doi: 10.1191/0269216305pm1080oa>. Acesso em: 13 julho 2018.

RIBEIRO, R. A. R. **A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro**. 2013. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 305-322, dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2018.

RODRIGUES JUNIOR, G. R.; AMARAL, J. L. G. Impacto psicológico da internação na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 92 - 98, out./dez. 2001. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/7541/material/ARTIGO%20IMPACTO%20PSICOLOGICO%20EM%20UTI.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2018.

ROMANO, B. W. **Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.741-766.

SALUM, M. E. G. et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família . **Rev Rene.**, v. 18, n. 4, p. 528 - 535, jul./ago.

2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/20280/30814>>  
Acesso em: 08 julho 2018.

SANTOS, A. M. R. et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-479, apr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 junho 2018.

SEVERO, G. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 21 - 30, jan./mar. 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Nage/Downloads/1539-42603-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 junho 2018.

SILVA, I. A. S.; CRUZ, E. A. Trabalho da enfermeira intensivista: um estudo da estrutura das representações sociais. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 554-562, set. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300020>>. Acesso em: 16 junho 2018.

SILVA, L. F. **Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 476-480, ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 maio 2018.

SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. **Skills for Communicating with Patients**. Abingdon Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 7 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

SMITH, RC et, al. **Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

STAYT, L. C. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 6, p. 623-630, mar. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x>>. Acesso em: 26 junho 2018.

TOBIN, G. A.; BEGLEY, C. Receiving bad news: a phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. **Cancer Nursing**, v. 31, n.5, E. 31 - 39, set./out. 2008. Disponível em: <[doi: 10.1097/01.NCC.0000305767.42475.7a](https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305767.42475.7a)>. Acesso em: 17 junho 2018.

TUBBS-COOLEY, H. L. et al. Pediatric nurses' individual and group assessments of palliative, end-of-life, and bereavement care. **J Palliat Med.**, v. 14, n. 5, p. 631 - 637, maio 2011. Disponível em: <doi: 10.1089/jpm.2010.0409>. Acesso em: 17 junho 2018.

TURATO, E.R. Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.2, n.1, p.93-108, 2000.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

URIZZI, F. et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 370-375, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>>. Acesso em: 10 maio 2018.

VANDEKIEFT, G. K. Breaking Bad News. *Am. Fam. Physician*, v. 64, n. 12, p. 1975 - 1978, dez. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11775763>>. Acesso em: 18 maio 2018.

VICTORINO et al. Como comunicar notícias difíceis: revisão bibliográfica. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.53-63, 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2018.

VYGOTSKY, L. S. **Obras Escogidas**. Tomo III. Madrid: Visor/MEC, 1995.

WARNOCK, C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. **Nursing Standard**, v. 28, n. 45, p. 51-58, jul. 2014. Disponível em: <doi: 10.7748/ns.28.45.51.e8935>. Acesso em: 18 junho 2018.

WARNOCK et al. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n.7, p. 1543-1555, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492016>>. Acesso em: 24 maio 2018.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS**

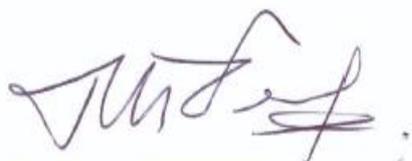
Pesquisador responsável: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Telefone para contato: (55) 3220-8574

Local da coleta de dados: Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados e informações serão coletadas através de questionários com questões abertas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, na sala 1333, prédio 26, CCS, localizado na Universidade Federal de Santa Maria (Av. Roraima nº 1000, Bairro Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria - RS) por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Aquino de Campos Velho. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 16/11/2017, com o número do CAAE 79591617.7.0000.5346.



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Santa Maria, 30 de outubro de 2017

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**  
**A CONVIVÊNCIA DA ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA**  
**INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS**

**Pesquisador responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Aquino de Campos Velho.

**Pesquisador participante:** Mestranda Nagele Fatica Beschoren.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. **Contato:** pelo telefone (55) 3220-8574 ou no endereço Universidade Federal de Santa Maria - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1333, CEP 97105-900, Bairro Camobi - Santa Maria - RS.

**Local da coleta de dados:** Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Eu Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Aquino de Campos Velho, responsável pela pesquisa “A convivência da enfermagem de uma unidade de cardiologia intensiva com a comunicação de notícias difíceis”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende compreender como a enfermagem da Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) lida cotidianamente, com os pacientes internados na unidade proposta, após a comunicação de notícias difíceis. Acreditamos que ela seja importante porque a comunicação de notícias difíceis faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e constitui-se uma das áreas mais complexas no contexto das relações interpessoais. Na maioria das vezes, o profissional de saúde é o primeiro a conhecer a notícia difícil e cada um, dentro de seu campo de atuação, poderá se deparar com uma situação de convivência com a comunicação de notícias difíceis durante a internação hospitalar do paciente. A escolha de privilegiar a enfermagem nesse estudo se deu pois, mesmo não sendo responsável pela comunicação do diagnóstico ou prognóstico - atributo do médico -, a enfermagem acompanha o paciente durante o período de sua internação após lhe ser feita a comunicação de uma notícia difícil.

Para a realização desta pesquisa será utilizada entrevista semiestruturada e

observação não-participante da rotina da enfermagem da UCI no atendimento aos pacientes internados. Sua participação constará de responder algumas perguntas sobre a forma como lida com o paciente que recebeu uma notícia difícil, suas vivências e sentimentos sobre o tema. As suas respostas serão registradas através do uso de gravador para posteriormente serem transcritas e analisadas. Se você não quiser a gravação, seu pedido será respeitado.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, mas é possível que ocorra desconforto emocional ao falar sobre o tema ou cansaço ao responder a entrevista. Os benefícios para os participantes poderão decorrer da disponibilidade de escuta e catarse oferecida pelas pesquisadoras. Além disso, a reflexão sobre o tema pode proporcionar mudanças qualitativas na construção do conhecimento e ainda, a possibilidade de melhorias práticas para os trabalhadores. Você não terá custos ou benefícios financeiros ao participar deste estudo.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência psicológica gratuita que será prestada pela mestrande que participa como pesquisadora deste estudo, Nagele Fatica Beschoren (055-999692636).

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Após o término da pesquisa, os dados serão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, por cinco anos. Após este período, serão destruídos.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo. O presente documento está em conformidade com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Será assinado em 02 vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Sexo:                                      Tempo de profissão:                                      Tempo que atua na UCI:

O que você considera uma notícia difícil?

Você já passou por alguma situação (pessoal ou profissional) de receber ou dar uma notícia difícil? Como foi?

Você recebeu algum tipo de instrução/capacitação para lidar com notícias difíceis?

Existe alguma orientação na UCI sobre a comunicação de notícias difíceis?

Você se considera capaz de lidar com esse tipo de situação? Tem alguma estratégia para isso?

Na sua rotina de trabalho você se vê participando do processo de comunicação de notícias difíceis? Em que momento?

Para o paciente é muito delicado receber uma notícia difícil. Qual é a repercussão disso dentro da UCI?

Como você percebe ser a atuação dos profissionais da UCI em relação às notícias difíceis?

## APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO PARA OBSERVAÇÕES

Data:

Início:

Término:

Duração:

Local:

Sujeitos observados:

Eixo norteador	Observação	
	Descrição das manifestações verbais, ações e atitudes	Descrição das reações emocionais
O que é entendido/considerado notícia difícil?		
Instrução/estratégias para a comunicação de notícias difíceis		
Habilidade de lidar com a comunicação de notícias difíceis		
Impacto da comunicação de notícias difíceis no cotidiano de trabalho		
Impressões da equipe sobre o impacto da notícia difícil para o paciente		
Reflexões desenvolvidas:		

# APÊNDICE E - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA

18/11/2017

Plataforma Brasil



Maria Teresa Aquino de Campos Velho - Pesquisador | V3.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 02

## DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

### DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A CONVIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTENSIVA COM A COMUNICAÇÃO DENOTÍCIAS DIFÍCEIS  
**Pesquisador Responsável:** Maria Teresa Aquino de Campos Velho  
**Área Temática:**  
**Versão:** 1  
**CAAE:** 79591617.7.0000.5346  
**Submetido em:** 01/11/2017  
**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
**Situação da Versão do Projeto:** **Aprovado**  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1023502

### DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Arvore de Arquivos	Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Pendência Documental (PO) - Versão 1                   <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Documentos do Projeto                       <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Comprovante de Recepção - Submissã</li> <li>↳ Folha de Rosto - Submissão 3</li> <li>↳ Informações Básicas do Projeto - Subm</li> <li>↳ Parecer Anterior - Submissão 3</li> <li>↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigac</li> <li>↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justif</li> <li>↳ Apreciação 3 - Universidade Federal de Sa</li> </ul> </li> <li>↳ Projeto Completo</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>					

### LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Maria Teresa Aquino de Campos Velho	1	01/11/2017	16/11/2017	Aprovado	Não	

### HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	16/11/2017 09:57:09	Parecer liberado	1	Coordenador	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	PESQUISADOR	
PO	16/11/2017 09:54:25	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	13/11/2017 11:05:37	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	10/11/2017 07:52:32	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	06/11/2017 16:28:25	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	06/11/2017 16:27:27	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	06/11/2017 09:12:53	Aceitação do PP	1	Secretária	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	01/11/2017 13:45:12	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	
PO	01/11/2017 08:35:49	Rejeição do PP	1	Secretária	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	PESQUISADOR	Anexar o GAP na íntegra e no endereço onde serão mVer mais >>
PO	31/10/2017 17:05:22	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa	

««« « Ocorrência 1 a 10 de 12 registro(s) » »»»