

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**“POR DETRÁS DA FALA”: A COMUNICAÇÃO DE
MÁS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E
FAMILIARES**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Daniela Trevisan Monteiro

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

“POR DETRÁS DA FALA”: A COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E FAMILIARES

Daniela Trevisan Monteiro

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

**Santa Maria RS, Brasil
2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Monteiro, Daniela Trevisan

\ "Por detrás da fala\ ": A comunicação de más notícias na perspectiva de médicos e familiares / Daniela Trevisan Monteiro.-2013.

146 p.; 30cm

Orientador: Alberto Manuel Quintana

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2013

1. Comunicação 2. Más notícias 3. Relações médico/familiar 4. Psicologia da saúde I. Quintana, Alberto Manuel II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinalada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**“POR DETRÁS DA FALA”: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS
NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E FAMILIARES**

elaborada por
Daniela Trevisan Monteiro

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alberto Manuel Quintana, Dr.
(Presidente/Orientador)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr^a (UFSC)

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Dr^a (UFSC)

Santa Maria, 12 de abril de 2013

Dedico este Trabalho

ao meu Esposo e

ao meu Filho.

Esteios da minha vida e do meu trabalho.

Agradecimentos

*Ao Wilson,
pelo amor e pela paciência.*

*Ao nosso querido filho Felipe,
O tijolinho que faltava na nossa construção.*

*Ao Professor Alberto,
pela oportunidade de ter sido orientada, estimulada e cobrada incessantemente;
pelo respeito e confiança a mim dispensados, desde sua escolha para orientanda de mestrado
e ao longo desta parceria de trabalho.*

*Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria,
pela organização que me proporcionou inúmeros conhecimentos.*

*Aos membros do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde,
pelo compartilhamento de conhecimentos e vivências.*

*Aos participantes do projeto, Natália de Andrade, Adelise Salvagni e Cristine Reis,
pela construção de conhecimentos, comprometimento e dedicação ao qual tiveram
no desafio de contribuir na pesquisa.*

À amiga Shana Wottrich, pela parceria de trabalho e por estar sempre disposta a ajudar;

*Aos colegas de mestrado,
pelos aprendizados em sala de aula; e, por vezes, fora desta.
Obrigada Melhor Turma de Mestrado.*

*Aos médicos da Unidade de Tratamento Intensivo do HUSM,
por acolherem a minha proposta de pesquisa e
me mostrarem que parcerias, nesse âmbito, são efetivamente possíveis.*

*Aos familiares dos pacientes internados na UTI,
que, mesmo em um momento de muita dor, se dispuseram a participar da pesquisa,
possibilitando que este trabalho acontecesse.*

*Aos amigos
que partilharam as dúvidas, os sonhos e as conquistas de cada dia.*

*À UFESM, casa que me recebeu no mestrado,
por tornar possível a realização de um sonho profissional.*

À banca examinadora, pela leitura carinhosa e atenta, e pelas reflexões;

*À CAPES,
pelo fomento financeiro, sem o qual este trabalho certamente resultaria incompleto.*

*Sinceridade não é dizer a toa, sem contexto,
é aguardar o momento, o assunto, a deixa.
Não é expor direto, quando está afim,
mas quando a outra pessoa também pode ouvir e entender.
É o encontro de duas verdades.
Fabrício Carpinejar*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

“POR DETRÁS DA FALA”: A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E FAMILIARES

AUTORA: DANIELA TREVISAN MONTEIRO

ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Local e data da defesa: Santa Maria, 12 de abril de 2013.

Comunicar más notícias no cenário hospitalar gera dificuldades para os profissionais que precisam realizar essa tarefa. Porém, igualmente, é um momento difícil e que altera a perspectiva do paciente e de seus familiares em relação ao seu futuro. Frente a este pressuposto, a pesquisa que originou a presente dissertação teve como objetivo geral compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto da uma Unidade de Tratamento Intensivo para adultos, na perspectiva de médicos e familiares envolvidos na situação de internação. Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, que abrangeu a totalidade de 23 participantes, sendo 12 médicos, atuantes na Unidade de Tratamento Intensivo de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul, e 11 familiares de pacientes internados nesta unidade. Foram entrevistados todos os médicos que trabalham na unidade, já o número de familiares participantes foi atingido mediante o critério de saturação da amostra. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação não participante para a coleta das informações, que foram analisadas a partir da análise de conteúdo. As categorias procedentes da análise das informações foram descritas e discutidas em dois artigos, que compõem a essência do presente trabalho. Os resultados apontam que cada médico, busca, em concordância com seu estilo, uma forma de comunicar baseada em experiências pessoais e no senso comum. Tanto a falta de formação quanto a dificuldade de lidar com o sofrimento e a morte relacionam-se na dificuldade do médico em comunicar más notícias, trazendo a este a necessidade de excluir os sentimentos, oriundos da própria rotina hospitalar, através do uso de mecanismos voltados ao apaziguamento das emoções. Deve-se considerar, ainda, que o familiar se encontra em um momento de angústia, o que pode ocasionar dificuldades em compreender as informações passadas pelos médicos. Partindo destes apontamentos considera-se que, na relação médico/familiar, a comunicação ainda é mais técnica e prioriza esclarecimentos exclusivos da doença e do tratamento. Os médicos não se sentem preparados para comunicar e, principalmente, para escutar o sofrimento. Mas, se deve ponderar igualmente o quanto os familiares estão desassistidos.

Palavras-chave: Comunicação. Más notícias. Relação médico/familiar. Psicologia da saúde.

ABSTRACT

Master's Thesis
Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa

“BEHIND THE TALK”: THE BAD NEWS COMMUNICATION FROM THE PERSPECTIVE OF MEDICAL AND FAMILY

AUTHOR: DANIELA TREVISAN MONTEIRO

ADVISER: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Place and date of defense: Santa Maria, April 12, 2013.

Bad news in the hospital scenario creates difficulties for professionals who need to accomplish this task. But, also, it is a difficult time and that changes the perspective of patients and their families about their future. Faced with this assumption, the research that led to this thesis aimed to understand the process of bad news communication in the context of the Intensive Care Unit for adults, from the perspective of physicians and family members involved in the hospitalization. This is a qualitative study of an exploratory and descriptive nature, covering all 23 participants, including 12 doctors, working in the Intensive Care Unit of a teaching hospital in the interior of Rio Grande do Sul, and 11 family members of patients admitted in this unit. We interviewed all doctors working in the unit, while the number of family participants was achieved by the criterion of sample saturation. We used semi-structured interviews and non-participant observation to collect the information, which was analyzed from the content analysis. The categories of information coming from the analysis were described and discussed in two articles that make up the essence of this work. The results show that each doctor search, in line with your style, a way of communicating based on personal experience and common sense. Both the lack of formation as the difficulty of dealing with suffering and death are related to the difficulty in communicating bad news by the doctor, giving it the need to exclude the feelings, coming from the hospital routine through the use of mechanisms aimed at appeasement of emotions. One should also consider that the family is in a moment of anguish, which can cause difficulty in understanding the information given by the doctors. Based on these appointments is considered that, in the doctor/family relationship the communication is even more technical and prioritizes unique clarifications the disease and treatment. The doctors did not feel prepared to communicate, and especially to listen to the suffering. But one should also consider how the families are underserved.

Keywords: Communication. Bad news. The doctor/family relationship. Health psychology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	19
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	33
ARTIGO 1 – (DES)ENCONTROS: A COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS NA RELAÇÃO MÉDICO/FAMILIAR	53
Resumo.....	
Abstract	
Resumen.....	
Introdução	
Método	
Resultados e discussão	
Considerações finais	
Referências.....	
ARTIGO 2 – (DES)SINTONIAS DA COMUNICAÇÃO: A MÁ NOTÍCIA NO OLHAR DOS FAMILIARES	93
Resumo.....	
Abstract	
Resumen.....	
Introdução	
Método	
Resultados e discussão	
Considerações finais	
Referências.....	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	129
ANEXOS	135
Anexo A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UFSM.....	137
APÊNDICES	139
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares	141
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os médicos.....	143
Apêndice C – Termo de Confidencialidade	145

APRESENTAÇÃO

O presente estudo compõe a Dissertação de Mestrado intitulada: “Por detrás da fala: a comunicação de más notícias na perspectiva de médicos e familiares”. Para apresentar o texto utilizou-se o formato de artigos científicos, de acordo com o consentido pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), através do Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT, 2012), que objetiva normatizar a apresentação de trabalhos científicos da instituição.

Ainda, entende-se que a construção da dissertação no referido formato estimula a produção científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) e dos pesquisadores docentes e discentes que dele fazem parte. Assim, vai ao encontro da ampliação da produção bibliográfica e aumentando o nível de excelência do curso. De acordo com estes apontamentos, a dissertação foi organizada em capítulos. O primeiro capítulo traz a introdução, abordando aspectos teóricos da comunicação em si e da comunicação de más notícias da relação médico/familiar com o intuito de fundamentar as análises posteriores sobre este tema. No capítulo a seguir, traz-se a Trajetória Metodológica, onde se discute aspectos importantes das técnicas empregadas para a coleta e análise dos dados.

Os capítulos posteriores apresentam os manuscritos produzidos através da pesquisa realizada. São dois artigos que visam demonstrar as perspectivas de médicos e familiares frente ao processo de comunicação de más notícias. Esta pesquisa já possui artigo submetido para publicação, bem como dados que, posteriormente, serão trabalhados para futuras publicações.

Já o último capítulo apresenta as Considerações Finais, oriundas de todo o processo da pesquisa, na qual se retomam questões sobre o presente estudo de dissertação. Com isso, busca-se tecer as considerações relevantes sobre a comunicação de más notícias e a perspectiva de médicos e familiares que participaram do processo. Na sequência, apresentam-se as Referências, os Anexos e os Apêndices que complementam o estudo.

INTRODUÇÃO

A prática médica é permeada pela comunicação. Ouvir a história do paciente, transmitir informações referentes ao tratamento, oferecer aconselhamentos sobre o estilo de vida e prevenção de doenças, realizar interação com a equipe de saúde, entre outras, são ações cotidianas do médico (SILVA, 2008). A informação que um médico deve oferecer ao paciente acerca de sua enfermidade constitui um dos aspectos mais importantes dentre as múltiplas interações supostas para a relação médico-paciente (CEPERO; PÉREZ; DELGADO, 2007). Assim, a comunicação, ainda que pouco valorizada, é de suma importância na prática médica. A comunicação médico-paciente influenciará na aderência pelo paciente ao tratamento e, também, na satisfação do paciente com a consulta médica realizada (SILVA, 2008).

Nos últimos trinta anos, vários foram os avanços tecnológicos e científicos que influenciaram a medicina, fazendo com que fossem necessários diversos treinamentos profissionais, vista a necessidade de atualização em novos conhecimentos. Por outro lado, conhecimentos relacionados à comunicação médico-paciente são aprendidos somente através da experiência. Dessa forma, os médicos ficam expostos ao desconforto gerado por seus sentimentos, em situações estressantes. As barreiras dessa comunicação geralmente não são explícitas, podendo ser expressas através de mensagens não verbais e resistência do profissional para comunicar (OLIVEIRA et al., 2004). Percebe-se, então, que mesmo após os avanços tecnológicos na área da saúde a ferramenta primária de troca de informações entre médico e paciente continua sendo a comunicação. Assim, é importante ressaltar que a troca de informações não se restringe ao que o paciente necessita saber, mas, também engloba a consciência de que ele compreendeu a mensagem recebida (VICTORINO et al., 2007).

Etimologicamente, a palavra 'comunicar' deriva do latim, *comunicare*, e significa 'tornar comum' e 'comunicação', no latim *communicatióne*, significa 'a ação de participar'. Dessa forma, o ato de comunicar-se, enquanto fenômeno interativo e interpretativo, revela o relacionamento necessário entre os seres humanos, uma vez que através do processo comunicacional é possível compartilhar experiências, angústias e inseguranças e, ao mesmo tempo, satisfazer necessidades enquanto

seres sociais e de relação (MORAIS et al., 2009). A decomposição do termo comum+ação, que faz referência a algo comum ou ação em comum, se refere a um mesmo objeto de consciência. A ação que se realiza é sobre outra pessoa e não sobre matéria, na qual se tem a intenção de realizar ação de duas ou mais consciências com objetivos comuns (FREIXO, 2006).

Comunicar, então, diz respeito a transmitir informações, continuamente de um indivíduo a outro, sendo que estas são compartilhadas por ambos. Para que se tenha a comunicação, é imprescindível que o indivíduo receba a informação e a compreenda. Caso contrário, considera-se que não houve comunicação. Portanto, transmissor e receptor devem estar sintonizados no processo (MORITZ et al., 2008). Nesse sentido, deve-se considerar que, de acordo com Peruzzolo (2006), o modo como cada um concebe o fenômeno da comunicação interfere e determina o modo como a faz e a pratica. Assim, se para a pessoa comunicar é sinônimo de transmitir, utilizará técnicas de emissão de suas mensagens. Porém, se comunicar é considerado como um diálogo ou uma partilha de informações terá que ser incluído o lugar do outro nesse processo.

Logo, a comunicação, em sua expressão verbal e não verbal, é parte essencial do encontro entre seres humanos e componente social básico de qualquer relacionamento, inclusive o estabelecido entre médicos e pacientes. Neste caso, a comunicação, enquanto processo naturalmente complexo, envolve o encontro de dois seres cujas preocupações, posições e papéis são distintos, em um momento emocionalmente carregado, que requer cooperação de ambos (RANZANI, 2009).

Nesse sentido, a comunicação não possui relação com um processo no qual há um sujeito passivo receptor de conteúdos e um sujeito ativo, possuidor da verdade e do conhecimento e, assim, superior, que os emite. Ela não se relaciona com a imposição. É, ao contrário, interação cultural, diálogo (GOMES, 2007). A interação enquanto tal compõe um sistema. Este é um conjunto de elementos interdependentes, ou seja, não considera os objetos individualmente, mas observa-os na sua rede relacional, no seu contexto, por exemplo, na interação humana. Desta forma, o que acontece no sistema é o inter-relacionamento mútuo do conjunto de elementos para constituir um todo único (FREIXO, 2006). Para tanto, a comunicação se identifica com o processo social de interação. Assim, é necessário levar em conta a complexidade dos processos comunicativos, tendo em vista que estes são inseparáveis da própria estrutura sociocultural (ROZEMBERG, 2007).

Atividades que exigem comunicação são comuns no cotidiano da prática médica, por exemplo, saber sobre a história do paciente, transmitir informações acerca da prescrição, aconselhar sobre algum estilo de vida ou prevenção de alguma doença, entre outras (SILVA, 2008). Haja vista que o Código de Ética Médica (CREMERS, 2010, p. 49) salienta no artigo 34 que é vedado ao médico “[...] deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quanto a comunicação direta possa lhe provocar algum dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”. De qualquer forma a comunicação é inerente no trabalho do médico.

Destarte, a comunicação no cenário hospitalar permite que um cuidado autêntico seja prestado aos pacientes. Isso porque os auxilia na manifestação de sua individualidade, promovendo relacionamentos interpessoais que minimizam o processo de despersonalização, experienciado pelo paciente hospitalizado. Dessa forma, percebe-se o ser humano em seus aspectos biológico, psicológico, social e espiritual, não apenas como um ser fragmentado em seu sistema funcional (MORAIS et al., 2009).

Assim, frente à comunicação na relação médico-paciente, Payán et al. (2009) descreveram que, em uma pesquisa realizada com 82 médicos de diferentes instituições colombianas, foram observadas algumas barreiras emocionais capazes de interferir no processo comunicativo. Por exemplo, dificuldades dos profissionais relacionadas à identificação de suas próprias emoções frente à comunicação de notícias. Essa dificuldade pode aparecer como consequência da falta de treinamento recebido pelos médicos, ao que se refere a habilidades na comunicação e na intervenção em situações de crise emocional. Silva (2008) complementou essa afirmação apontando que a formação do médico prioriza a objetividade e a doença, dando pouca importância ao contexto psicossocial, tido como mais subjetivo. Deve-se considerar que os pacientes possuem idade, estudos e vivências divergentes das do médico, o que pode dificultar a comunicação.

Com efeito, no binômio médico-paciente pode haver um misto de linguagem cotidiana e jargão médico. Principalmente, considerando que a linguagem da medicina tem se tornado cada vez mais técnica e cada vez mais incompreensível para o público leigo. Quando são utilizados os termos médicos na comunicação médico-paciente há o risco de uma incompreensão, pois o mesmo termo pode ter significados diferentes para o médico e para o paciente (HELMAN, 2009). Portanto,

para que se possa ter uma abordagem biopsicossocial é necessário que se faça um bom uso do instrumento da comunicação, nas diferentes fases da relação médico-paciente, a saber, durante a consulta, nas atividades de prevenção de doenças e educação para a saúde e, ainda, na relação que se dá com os familiares do paciente (SILVA, 2008).

Especificamente, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a comunicação é:

[...] um processo que envolve a percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo a comunicação não verbal da equipe multiprofissional, até a interação médico/paciente e família. Estão envolvidos no processo da comunicação na UTI os pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, os médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e os demais membros da equipe multiprofissional. A avaliação dos canais do processo, das principais barreiras de comunicação, dos elementos e estratégias da boa comunicação devem ser pontuados, reconhecidos e combatidos, ou seguidos, para que o processo se desenvolva a contento (MORITZ et al., 2008, p. 424).

Tem-se então que a comunicação é uma ferramenta central do cuidado em saúde, sobretudo quando dirigida a pacientes que enfrentam diagnósticos difíceis, como no caso das doenças crônicas e graves (SILVA; ZAGO, 2005). Portanto, no âmbito das comunicações entre médicos e pacientes e/ou familiares, considera-se que a comunicação de más notícias é uma das mais difíceis tarefas realizadas pelo profissional da saúde (FUMIS, 2010).

Pode-se definir a má notícia como aquela que, drástica e negativamente, altera a perspectiva do paciente e de seus familiares em relação ao seu futuro. O resultado é uma desordem emocional e de comportamento, que persiste por certo período de tempo após o recebimento da má notícia (DÍAZ, 2006). Assim, as más notícias 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. Associam-se, geralmente, a uma doença grave ou perda. Percebe-se, porém, que tanto para os profissionais da saúde quanto para os cidadãos em geral, a má notícia está quase sempre associada à morte (PEREIRA, 2005). Esta ligação com a morte se confirma através do que aponta Quintana (2009) sobre a existência de dificuldades frequentes das equipes médicas em se defrontar com a morte e em comunicar o diagnóstico aos pacientes, principalmente, quando desfavorável.

Assim, têm-se muitos fatores que fazem os médicos, muitas vezes, encararem a morte de forma indevida. Alguns deles dizem respeito à falta de formação específica para lidar com essas situações, outras a uma estrutura educacional fragilizada e à dificuldade de aceitar a falibilidade da ciência médica e a finitude humana. Isso, entre outras coisas, se deve ao fato de o relacionamento do homem com sua finitude ser complexo e perturbador (ANDRADE; ANDRADE, 2010). Em recente pesquisa sobre a comunicação da morte realizada em instituições de saúde, foi perguntado se o tema da morte foi abordado na formação e como aconteceu. Nos resultados 41% dos médicos responderam que o tema foi abordado em aulas, em estágios quando ocorreu a morte de algum paciente, na disciplina de ética médica e nas UTIs. Em alguns cursos o tema da morte foi abordado de maneira superficial ou apenas em teoria. Além disso, 59% dos médicos responderam que o tema da morte não foi abordado na sua formação (KÓVACS, 2011). Nesse sentido, no que diz respeito à comunicação de morte iminente, o médico, na maioria das vezes, fica sem instrumental para lidar com tal situação, uma vez que tem uma formação muito centrada no aspecto científico (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

O funcionamento hospitalar, regido por normas e procedimentos estabelecidos, permite pouca possibilidade de diálogo entre os atores envolvidos no processo do morrer, bem como de expressão de suas emoções. Com efeito, através do desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a medicina produziu um novo modo de morrer no hospital, que é medicamente monitorizado, controlado, inconsciente, silencioso e escondido (MENEZES, 2004). Esse silenciamento no hospital pode ser resultado da angústia que a morte gera nos profissionais da saúde. Nesse sentido, Quintana (2009) apontou que o médico pode falar racionalmente da morte, o que não pode se permitir é senti-la, que ela toque seus sentimentos, porque é nesse momento que ele seria obrigado a aceitá-la concretamente, não apenas para seu paciente, mas para si próprio. Nesse isolamento de emoções, através do desconhecimento de seus sentimentos em relação à morte, é que o médico encontra uma de suas principais defesas contra a angústia.

Assim, pode-se considerar que há entre os profissionais da saúde um risco de ser invadido por uma ansiedade intensa e incontrolada, atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho no hospital. Com isso, a equipe desenvolve

mecanismos de defesa, estruturados socialmente, que tendem a virar aspectos da realidade externa, no qual novos e antigos trabalhadores da instituição devem entrar em acordo (PITTA, 2003).

Kovács (2010) salientou a formação reativa como um dos mecanismos de defesa utilizados pelo profissional da saúde. Nessa, pode-se identificar a conquista da doença, o desafio da morte e a tentativa de realizar medidas heróicas para salvar o paciente a todo o custo. Assim, se o paciente morre, o narcisismo do médico fica ferido e por esse motivo, em alguns casos, os cuidados a um paciente grave ficam destinados a outras pessoas, geralmente aos enfermeiros.

Frente a esse mecanismo, na medida em que o médico nega a morte do seu paciente, encontra-se numa situação de onipotência imaginária que excluiria seus medos e ansiedades frente à morte. Com isso, a piora do paciente significa a destruição dessa construção imaginária de onipotência e o paciente começa a ser percebido como uma imagem angustiante (QUINTANA, 2009). Com efeito, não é raro perceber médicos que perderam o discernimento e continuam tentando medidas obstinadas quando a morte já venceu a batalha (KOVÁCS, 2010).

Outro mecanismo de defesa utilizado, percebido em uma pesquisa realizada com 12 médicos, em um centro de atendimento e pesquisa em oncologia, refere-se à racionalização. Esta estratégia possui tanto a função de regular as emoções, quanto uma tentativa de resolução das situações. A racionalização parece ser incentivada durante a formação médica, visto que a medicina se baseia na racionalidade da ciência positivista (CANO, 2008). Contudo, a má notícia não necessariamente precisa ser uma notícia de morte, e sim estar relacionada a alguma doença grave ou a incapacidades físicas, entre outras (SILVA; NEMAN, 2010). Há grande dificuldade entre os médicos, por exemplo, quando é necessário comunicar diagnósticos de doenças que são consideradas incuráveis (GOMES; SILVA; MOTA, 2009). Esta especificidade pode ser encontrada em relação à UTI, onde a própria internação de um paciente já é considerada por sua família como uma má notícia. A presença de vários aparatos tecnológicos dessas unidades pode ser bastante intimidadora para os familiares que já se encontram assustados (DÍAZ, 2006).

Indiferente da situação, quando se trata de más notícias, a comunicação pode ser interferida pelos medos dos próprios médicos. Esses medos podem estar relacionados com o receio de causar dor ao paciente, com o incômodo sentido no momento da comunicação, com a culpa que lhe pode ser inculcada, com a expressão

de emoções, com a própria morte, entre outros aspectos. Como efeito, muitas vezes, o médico resiste em informar o diagnóstico ao paciente, seja de uma maneira explícita, na qual o médico não responde às perguntas do paciente, ou implicitamente, quando ele se utiliza de termos técnicos que dificultam o entendimento da informação (VICTORINO et al., 2007).

Deste modo, em situações de crise, o médico pode evitar a comunicação de más notícias aos pacientes e seus familiares. Pode, ainda, negar seus próprios sentimentos em relação a essa experiência (PAYÁN et al., 2009). Destarte, no processo de comunicação, com a desculpa de preservar o paciente, o médico pode menosprezar a realidade dos fatos. No entanto, o real objetivo, na maioria das vezes, é a proteção do próprio médico que se sente impotente frente às suas limitações de curar, inseguro em orientar e despreparado para cuidar. Passa a sentir-se angustiado e se utiliza da fuga, abandonando seu paciente de várias formas (GOMES; SILVA; MOTA, 2009).

Nesse contexto, a partir de uma crescente preocupação com o processo de comunicação de más notícias, surge o protocolo Spikes para planejar essas situações. Esse protocolo é conceituado como um meio de transmissão de más notícias para pacientes com diagnóstico de câncer, sendo possível sua aplicabilidade em outras situações que envolvem más notícias. O Spikes enfatiza técnicas úteis para responder às reações emocionais do paciente e o apoio a estes durante este momento. Sua prática pressupõe um dinamismo entre médico e paciente, onde o médico é guiado pela compreensão, preferências e comportamento do paciente. Este protocolo é composto por seis etapas, sendo cada uma associada a habilidades específicas. Nem toda transmissão de más notícias irá requerer as seis etapas, porém, quando requeridas, devem seguir-se umas às outras, em sequência. A partir dessas etapas se busca quatro objetivos: recolher informação do paciente; prover informação inteligível; apoiar o paciente; e, desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de tratamento com a contribuição e colaboração do paciente (BAILE et al., 2000).

Porém, o processo de comunicação de más notícias trata de situações subjetivas, nas quais é difícil planejar todos os comportamentos que podem emergir na comunicação. Um exemplo é o fato do Spikes não abranger a comunicação da morte de um paciente, situação comum no meio médico, que requer importantes habilidades na transmissão dessa notícia aos familiares.

O que pode acontecer através do uso exclusivo de protocolos é uma institucionalização do cuidado, na tentativa de procurar prever os acontecimentos possíveis e planejar as ações frente a eles. Dessa forma, o médico não entra em contato com seus sentimentos e os de seus pacientes, utilizando-se de outros meios para se manter longe do sofrimento. Nesse sentido, o protocolo Spikes, ainda que seja um avanço na comunicação de más notícias, apresenta limitações. Portanto, mesmo considerando o desenvolvimento da medicina através da tecnologia, outras formas de normatividade se estabelecem e a má notícia é, igualmente, transmitida com despreparo através de normas. Para Foucault (1979a), na Alemanha do século XVIII, a medicina e o médico foram os primeiros objetos a serem normalizados. Esse movimento aconteceu através das universidades e da própria corporação médica, que detém o encargo de decidir em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas.

Nesse sentido, Foucault (1979b) apontou que a própria intervenção do médico era organizada através da noção de crise. O médico observava os sinais, previa a evolução e, na medida do possível, buscava a vitória da saúde sobre a doença. Assim a prática médica dessa época permitia a organização de um saber. Tem-se, então, que a própria medicina hospitalar nasceu de técnicas de poder disciplinar. Sob tal perspectiva, Foucault (1979a) ressaltou que o sistema disciplinar remete à política de normalização das condutas, constituindo-se em um eficiente efeito produzido nos corpos e comportamentos, educando-os e tornando-os dóceis e disciplinados.

O que se consegue, então, através do uso exclusivo de protocolos, é um retorno à normalização de condutas. Assim, através dessa institucionalização do cuidado não se permite ao médico reconhecer o outro e a si mesmo como sujeito.

Outro ponto importante a ser abordado no processo de comunicação, envolve os sentimentos do paciente que recebe uma má notícia. Kübler-Ross (2008) apontou cinco estágios pelos quais o paciente terminal pode passar, utilizando-se de vários mecanismos durante uma doença incurável. O primeiro estágio é o da negação, usada por quase todos os pacientes, nas primeiras etapas da doença, ou logo após sua constatação. Essa negação é muito comum em pacientes que são informados abrupta ou prematuramente por pessoas que não os conhecem bem ou por quem transmite a notícia de forma leviana. Esse mecanismo funciona como um para-choque após a notícia inesperada, permitindo que o paciente se recupere com o

tempo. Os estágios posteriores são: raiva, barganha, depressão e aceitação. O que, geralmente, se mantém em todos os estágios é a esperança.

Assim, ao revelar um diagnóstico, o médico deve ter consciência de que, em sua frente, existe um paciente que experimenta pela primeira vez o impacto de saber que está com uma doença grave, muitas vezes, ameaçadora da vida (SILVA; ZAGO, 2005). Para tanto, na comunicação de más notícias, o médico pode falar ao paciente que nem tudo está perdido, que não vai abandoná-lo devido ao diagnóstico e que vão lutar juntos, paciente, família e médico, independente do resultado final. Dessa forma, o doente continuará confiante na honestidade do seu médico (KÜBLER-ROSS, 2008).

É igualmente importante no tratamento que a comunicação diagnóstica, enquanto principal fonte de esperança do paciente, não seja negligenciada pelo profissional. Além disso, aspectos relativos quanto ao lugar para revelar o diagnóstico, quando fazê-lo, entre outros, devem ser sempre observados, visto que podem influenciar a capacidade do paciente de receber, compreender e aceitar a informação (SILVA; ZAGO, 2005).

Considerando o exposto, tem-se que comunicar más notícias constitui uma das problemáticas mais complexas no contexto das relações interpessoais. São momentos geradores de perturbação não apenas para quem recebe a notícia, mas, também em quem a emite. Os profissionais da saúde consideram essa tarefa difícil devido ao enfrentamento das reações emocionais do paciente e sua família e, também, pela gestão da própria situação (PEREIRA, 2005). Com efeito, eles não se sentem preparados para essa complexa e desagradável tarefa de comunicar más notícias, o que faz com que seja fonte de ansiedade (DÍAZ, 2006).

Em pesquisa realizada com 33 médicos pediatras que atendem crianças e adolescentes hospitalizados, acometidos por qualquer tipo de enfermidade, os resultados evidenciaram que: a maior parte dos médicos não foi preparada para comunicar más notícias; 64% deles responderam que não receberam nenhum ensinamento sobre essa temática e 58% não tiveram esse assunto abordado durante a formação acadêmica (MASSIGNANI, 2007). Logo, mesmo que esteja sendo destacada maior relevância do ensino da comunicação como uma competência a ser desenvolvida na formação acadêmica, há ainda pouca valoração deste aspecto nos currículos (ROSSI-BARBOSA et al., 2010). Ainda, no Brasil, foram feitas várias sugestões de mudança para os cursos de medicina pela

Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Projeto CINAEM), para que haja um cuidado mais humanizado, que resgate a dimensão subjetiva do paciente e fortaleça sua autonomia, concomitante à qualificação técnica dos profissionais. Contudo, há uma exploração dessa área, sem controle e, na maioria das vezes, sem qualidade, portanto, com formação duvidosa (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Como resultado, o ensino da comunicação de más notícias na relação médico-paciente ou familiar apresenta-se como menos importante se comparado a outros aspectos técnicos da prática médica. Nesse contexto, se pode considerar a existência de variadas formas para transmitir más notícias a um paciente, ponderando as diferenças subjetivas entre pacientes e médicos e considerando que o que é apropriado em uma relação pode não o ser em outra. Portanto, há uma diversidade de possibilidades no campo da comunicação que não pode ser resumida a uma única forma de se conduzir o assunto. Nesse sentido, ressalta-se a importância da formação médica considerar o ensino da comunicação (TAPAJÓS, 2007) e de dialogar com as demais profissões da área.

Em suma, o desenvolvimento de uma conversa entre o médico e o paciente ou seus familiares é parte de uma relação delicada, onde podem surgir diferentes reações, ocasionadas pela mistura de medos, ansiedades, ignorância, raiva ou alívio. O paciente cobra 'juros' pela vida que não foi vivida ou pela morte não desejada (PERDICARIS; SILVA, 2008). O médico, por sua vez, pode: não saber escutar; utilizar-se de jargões técnicos que para ele possuem um significado e para o paciente outro; e, sentir dificuldade de lidar com a verdade, recaindo, por fim, na incomunicação (ZIMERMAN, 1992).

Assim, pode-se considerar a comunicação como um dos principais instrumentos presentes nos cuidados médicos, além de poderosa ferramenta, facilitadora no processo de diagnóstico e tratamento (RANZANI, 2009). Porém, a comunicação de más notícias tem suscitado diferentes dificuldades médicas. É fator importante como uma má notícia é comunicada pelo médico, podendo causar diferentes reações do paciente. Em contrapartida, ansiedades dos próprios médicos frente a situações de doenças e morte dificultam no compartilhamento de más notícias com o paciente. Assim, há médicos que escondem a realidade do paciente e outros que comunicam abrupta ou prematuramente, sem considerar o preparo do paciente (KÜBLER-ROSS, 2008).

Nesse sentido, o profissional necessita conhecer o contexto para produzir 'mensagens', dando importância não só ao produto da comunicação, mas ao processo comunicativo como um todo (ROZEMBERG, 2007). Para tanto, cada vivência deve ser considerada, visto que os pacientes podem ter diferentes reações frente a más notícias e médicos podem encontrar dificuldades frente ao sofrimento destes.

As novas diretrizes curriculares para o ensino médico no país têm estimulado as atividades práticas desde os primeiros anos do curso, em especial, as que promovam um olhar mais humanizado e mais próximo das necessidades das populações. São de interesse que essas ações propiciem, de igual modo, mudanças em relação aos sentimentos e atitudes vivenciados pelos alunos (JUCÁ et al., 2010).

Em pesquisa, realizada sobre comunicação de más notícias, percebeu-se que os recursos dos profissionais são escassos, visto que a maior parte não recebeu capacitação durante a graduação. Em contrapartida, alguns profissionais indicaram que esse tipo de conhecimento deve ser obtido a partir da experiência profissional. Ainda, poucos profissionais admitiram sentir falta de uma capacitação, no entanto, a maioria deles recomendou que este tema pudesse ser incluído durante a formação (MASSIGNANI, 2007).

Assim, com novas diretrizes na formação médica, percebe-se que quanto maior o tempo de formação menor o ensinamento recebido, e este tema é aprendido, praticamente, através da experiência. No entanto, a inserção deste assunto nos currículos da medicina faz surgir novas perspectivas no que concerne à relação médico-paciente. Igualmente, o esforço de alguns profissionais para modificar essa relação, bem como o mal estar que a maioria sente frente a esta situação, têm promovido transformações. Porém, as modificações estão sendo lentas e a maior parte dos profissionais ainda não possui instrumental que lhes permita alterar essa condição.

Vários autores (BAILE et al., 2000; DÍAZ, 2006; KÜBLER-ROSS, 2008; PAYÁN et al., 2009; PEREIRA, 2005; SILVA; NEMAN, 2010; VICTORINO et al., 2007) abordaram a comunicação de más notícias. As pesquisas têm seus focos, principalmente, nas experiências e percepções do médico ou do paciente. A partir dessas informações percebe-se a importância de um olhar diferenciado sobre o momento em que é comunicada uma má notícia. Através da percepção de todo o contexto, incluindo o momento em que são comunicadas as más notícias, se

possibilitará uma discussão importante, capaz de trazer subsídios para a compreensão do processo de comunicação como um todo. É importante ressaltar que a comunicação na relação médico-paciente encontra-se suprimida frente às novas tecnologias, causando o direcionamento do cuidado aos órgãos, pulsações, secreções e não à pessoa (KOVÁCS, 2010). Logo, se a doença evolui e o médico não encontra mais amparo nos recursos tecnológicos, a falta de preparo dos profissionais para a comunicação e para o suporte emocional aos pacientes fica evidente, resultando em silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos, com sérios prejuízos à relação terapêutica (PENELLO; MAGALHÃES, 2010).

Assim, a presente pesquisa inclui o momento em que o médico realiza a comunicação, valorizando os aspectos subjetivos e os fenômenos que norteiam a fala médica, bem como a escuta do familiar e a relação de ambos, em um envoltório de comunicação verbal e não verbal. Nesse sentido, a pesquisa poderá ser utilizada como ferramenta por profissionais da saúde nestas situações, como forma de orientar e facilitar na relação desses com pacientes e familiares, tendo assim uma melhora na resolução e nas condições de colaborar, de forma efetiva, na aceitação de um resultado desfavorável.

Também é importante ressaltar que esse estudo apesar de ser realizado em UTI adulto, poderá colaborar, também, em outros setores do hospital, ou, até mesmo, em clínicas. A interseção entre psicologia e medicina poderá trazer luz a aspectos de um processo considerado difícil pelos profissionais da saúde. Dessa forma, a partir da abordagem utilizada, a pesquisa constitui-se em um constructo do entendimento do processo de comunicação que permeia a relação médico-familiar no momento em que é dada uma má notícia.

Diante do exposto, esse estudo resulta de uma inquietude referente ao processo de comunicação na relação médico-familiar no momento em que, na impossibilidade de atingir a cura do paciente, mecanismos de defesa são ativados e a comunicação da má notícia parece acontecer com certo distanciamento ou, mesmo, não acontecer. A partir desse pensamento, a psicologia oferece subsídios para a compreensão dos fenômenos que ocorrem no processo de comunicação de más notícias.

O contexto do presente estudo trata do processo de comunicação de más notícias em uma UTI para adultos, na perspectiva dos médicos e familiares envolvidos na situação de internação.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O intuito deste capítulo é explanar sobre os aspectos descritivos do percurso metodológico. Nos artigos que compõem esta dissertação, esses aspectos serão pontuados de forma mais objetiva, em decorrência da exigência da extensão do texto. Para tanto, faz-se necessária uma reflexão dos aspectos metodológicos que contemplem o cerne da pesquisa.

Delineamento

Este estudo contempla uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008), de caráter descritivo e exploratório (GIL, 2010). Em relação ao aspecto descritivo, pode-se acurar que, de acordo com Gil (2010), o objetivo é a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Quanto às pesquisas exploratórias, essa autora colocou como sendo aquelas cujos objetivos se concentram em conhecer melhor o objeto a ser investigado. A pesquisa exploratória busca familiarizar-se ou obter diferente compreensão de uma situação. A partir disso, vai ao encontro da descoberta de significados, permitindo a consideração de aspectos diferentes de uma situação problema.

No entanto, a escolha pela pesquisa qualitativa em detrimento à pesquisa clínico-qualitativa deu-se frente a inúmeros questionamentos. Estes dizem respeito a um posicionamento da pesquisadora, exposto na seguinte questão: Qual é realmente a particularidade do método clínico-qualitativo que o diferencia da pesquisa qualitativa? Assim, faz-se conveniente, para fins de discussão, realizar uma distinção entre esses dois tipos de estudos. Não há, nesta breve discussão, a intenção de aprofundar as especificidades de cada método. Os conceitos colocados possuem muito mais o intuito de apresentação e compreensão de cada método, visto que a perspectiva de um entendimento maior envolve uma reflexão mais profunda do que é permitido no escopo desse trabalho.

Conceituando o método qualitativo

O objetivo do método qualitativo é procurar explicações sobre os fenômenos, nesse sentido, as ciências humanas buscam as relações de significados entre eles. Dessa forma, na pesquisa qualitativa se considera para além dos dados, ou seja, é necessária a interpretação do pesquisador para compreender o que os achados trazem para os indivíduos e para a cultura (TURATO, 2000).

O método qualitativo não é apenas um modelo que atende a certas demandas; ele cria um modelo de entendimento intenso de ligações entre os elementos, ou seja, ele fala de uma ordem que não é visível ao olhar comum (TURATO, 2005). Este método busca entender um processo a partir de como o objeto de estudo acontece e se manifesta. Assim, pode-se inferir que o método qualitativo privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer (MINAYO, 2008). Essa autora ressaltou, ainda, que a investigação qualitativa requer atitudes fundamentais de abertura, flexibilidade e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos.

Tal método reconhece os significados das coisas. As coisas, referidas por Turato (2005), podem ser entendidas como fenômenos, vivências, ideias, sentimentos e assuntos. Assim, através do método qualitativo se realiza a interpretação das relações de significado dos fenômenos, como nomeado pelas pessoas. Logo, tem-se que o pesquisador qualitativo não se detém às coisas, ao objeto de estudo. A busca do qualitativista é o significado que as coisas ganham, ou seja, aquilo que uma pessoa ou grupo conferem aos fenômenos da natureza (TURATO, 2000). Dessa forma, o método qualitativo trata de formular um conhecimento em relação às propriedades inerentes ao objeto de estudo, almejando apresentá-las em sua essência e, a partir disto, conhecer as coisas como elas são (TURATO, 2003).

Considera-se, então, que a abordagem qualitativa proporciona o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno (TURATO, 2005). Contemplando esse mesmo pensamento, Minayo (2007) apontou que o método qualitativo favorece uma pesquisa que está em busca de significados, motivos, valores, crenças, vivências e atitudes.

Conceituando o método clínico-qualitativo

A metodologia clínico-qualitativa, como afirmou Turato (2000, p.96):

É um estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade).

A partir disso, Turato (2000) inferiu que o pesquisador é levado a uma atitude de acolhimento das angústias e ansiedades do participante da pesquisa, sendo que esta acontece no ambiente natural e mostra-se favorável quando os fenômenos possuem estruturação complexa por partirem de questões íntimas ou de uma verbalização considerada difícil pela pessoa em estudo.

O pesquisador clínico-qualitativo valoriza as trocas afetivas que são mobilizadas na relação com o entrevistado, visando um enquadramento face-a-face. O foco está nas questões de saúde e doença, processos terapêuticos, entre outros. Para complementar, confirmar ou desmentir o que foi dito pelo entrevistado, o pesquisador considera a linguagem corporal deste. Assim, infere-se que os sentidos e significados são a essência, de modo que capturá-los a partir da escuta e observação dos sujeitos do estudo e interpretá-los, são os objetivos do pesquisador (TURATO, 2000).

Para ficar claro, faz-se importante diferenciar sentido e significado, conforme o autor. Uma pessoa que possui uma vivência pessoal qualquer, como ser ou estar doente, pode-se conhecer-lhe os sentidos e significados dos fenômenos relacionados ao binômio saúde/doença. Turato (2000) em seus escritos sobre pesquisa qualitativa e clínico-qualitativa, os considera como conceitos diferenciados. Este autor conceituou o termo sentido como sentir, perceber. Por exemplo: um mal-estar, um sintoma físico ou mental, uma doença, um tratamento médico, entre outros fenômenos, podem ser percebidos pela pessoa ou observador como uma tendência. Assim, pode-se dizer que uma experiência de vida, como um sintoma ou uma doença, traz sentidos à vida do sujeito que está ou é doente, sejam estes sentidos desejados ou não, bons ou maus. Já o termo significado, foi utilizado pelo autor

como representação. Uma experiência de doença, por exemplo, traz significados para o sujeito que a possui ou para quem o observa, sejam estes significados conscientes ou inconscientes. São os significados que os pesquisadores podem conhecer, tomar consciência.

Na pesquisa, os termos sentido e significado foram utilizados de acordo com a concepção de Turato (2000), como 'representação'. No entanto, as terminologias 'sentido' e 'significado', para serem conceituadas, necessitam um amparo teórico consistente de diferentes campos do saber, como a antropologia, linguística e semiologia. Entretanto, a discussão aqui referida sobre estes termos não possui como objetivo ampliar a compreensão destas teorias, apenas posicionar estes termos para uma melhor clareza ao que Turato (2003) se refere.

É importante citar, para fins de reflexão, outra definição do método clínico-qualitativo:

A partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade (TURATO, 2003, p. 242).

Desvendando as diferenças

Turato (2003) apontou que para utilizar-se do método qualitativo, nos *settings* de saúde, é necessário que o pesquisador acolha a pessoa em uma atitude clínica, valorizando a existência das angústias e ansiedades do sujeito entrevistado como um fator importante de mobilização para o pesquisador. A atitude clínica significa colocar-se, naturalmente, frente a uma pessoa a fim de compartilhar com ela as ansiedades e angústias pessoais, surgidas ou agravadas pela condição de ser doente, ocorrendo espontaneamente efeitos terapêuticos.

A partir deste entendimento, há três pilares que sustentam o método clínico-qualitativo: a atitude existencialista, que consiste da valorização da angústia e ansiedade presentes no sujeito a ser estudado; a atitude clínica, por acolher os sofrimentos emocionais do entrevistado, proporcionando a escuta movida pelo desejo e hábito de proporcionar ajuda; e, a atitude psicanalítica, que se utiliza de concepções oriundas da dinâmica do inconsciente do indivíduo na construção e aplicação dos instrumentos e no referencial teórico para a discussão dos resultados (TURATO, 2003).

Entende-se que mesmo no método qualitativo é crucial o acolhimento das angústias do sujeito, tanto por questões éticas de não causar malefícios ao participante da pesquisa, quanto por questões de vínculo e transferência, para que se possa realizar uma entrevista eficiente. Além disso, a postura do pesquisador qualitativo, ao acolher as angústias, deve ocorrer tanto dentro dos *settings* de saúde-doença quanto em outras áreas do saber. O próprio autor colocou que a psicanálise é uma das disciplinas principais utilizada no método qualitativo (TURATO, 2003). Igualmente, os autores aqui supracitados inferiram que o método qualitativo proporciona o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno (TURATO, 2005), bem como de abertura, flexibilidade e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos (MINAYO, 2008), o que envolveria uma atitude psicanalítica.

O que fica, então, pelos preceitos de Turato (2000; 2003; 2005), como principal diferença é a atitude clínica. Enquanto método qualitativo entende-se que há certa atitude clínica quando se acolhe as angústias do sujeito. Em contrapartida, Turato (2003) ressaltou que, na atitude clínica, há espontaneamente efeitos terapêuticos. Nesse sentido, questiona-se se, mesmo possuindo uma atitude clínica durante a entrevista, há realmente efeitos terapêuticos.

Considera-se que a frase de maior impacto é que não há benefício direto ao participante da pesquisa, logo, entende-se que não ocorrem efeitos terapêuticos. Mesmo quando as angústias são acolhidas, isto se dá para não causar nenhum mal ao participante, e não com vistas a efeitos terapêuticos. No entanto, o ato de falar pode ajudar o entrevistado a repensar sobre suas vivências. A psicanálise enquanto método de investigação se utiliza da associação livre para a interpretação. O método da associação livre consiste em exprimir os pensamentos do sujeito de forma espontânea, ou seja, é o ato de falar livremente seguindo as idéias que

espontaneamente ocorrem e comunicá-las ao psicanalista (FREUD, 1923, 1925; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Dessa forma, a entrevista qualitativa, enquanto método que envolve uma atitude psicanalítica, no sentido de escuta e acolhimento das angústias, pode por si só, sem necessariamente ter como objetivo, causar algum efeito terapêutico ao entrevistado que se dispõe a falar sobre suas vivências.

Ainda, Freud (1917, p. 416) pontuou que: “[...] o aparelho mental serve ao propósito de dominar e eliminar as cargas de estímulos e as somas de excitação que incidem sobre ele provenientes de dentro para fora”. Essa dominação consiste na elaboração, ou seja, na possibilidade de constituir cadeias associativas através da ligação de afeto e representações. Assim, a psicanálise se constitui como meio que busca significações que se originam a partir de cadeias associativas (FRANCO, 2007). Dessa forma, há a necessidade de ligar o quantum de afeto a uma imagem-representação, para que, dentro de uma cadeia significativa, obtenha-se uma experiência emocional marcada pela subjetividade, podendo tornar dizível o que até então era indizível (QUINTANA, 1999).

Tem-se, então, o fato da impossibilidade de falar como um fator facilitador de uma situação traumática. Ao contrário, oportunizar o diálogo poderia evitar a cristalização desta. Neste sentido, exteriorizar as angústias poderia ser considerada uma forma, por assim dizer, preventiva, para evitar uma situação traumática. Como descreveu Nascimento (1998, p.35):

[...] o fundamental é que poderíamos oferecer, talvez, outros destinos para estas vivências, a partir do reconhecimento do que se passa numa relação transferencial, pois o que é verdadeiramente traumática é ficar isolado, no impedimento mesmo de viver o desamparo, presentificado na situação traumática; ficar impedido de contar com o outro, de poder falar do que vê ou sente.

Assim, apesar de Turato (2003) considerar o método clínico-qualitativo uma particularização e um refinamento do método qualitativo, pensa-se que, ainda enquanto método qualitativo e não clínico-qualitativo, o pesquisador deve, igualmente, estar preparado para ouvir o entrevistado e acolher as angústias que podem surgir durante a entrevista. No entanto, pondera-se que efeitos terapêuticos podem ou não ocorrer durante este processo. Por isso, considerou-se mais apropriado utilizar-se nesta pesquisa o método qualitativo, justamente porque se entende que o pesquisador qualitativista deve ser continente o suficiente para

perceber, no sujeito participante da pesquisa, os benefícios, enquanto efeitos terapêuticos positivos, bem como os riscos, no que concerne à emergência da angústia. E, nessas duas situações, saber entender, ouvir, interpretar e acolher. Ao contrário, é oposto a essa atitude, propor um refinamento do método qualitativo, que por si só, deve exigir do pesquisador uma atitude humana em prol do entrevistado. Em suma, pressupõe-se que, sendo qualitativo e, não necessariamente, usando a nomenclatura clínico-qualitativa, existem acolhimento e valorização das angústias.

Assim, a partir do que foi exposto, percebe-se que o molde qualitativo é o que melhor se encaixa na análise das vivências subjetivas que acontecem com os participantes durante o processo de comunicação de más notícias. Ainda, a pesquisa parte da perspectiva de que os resultados são construídos através das reflexões dos sujeitos sobre suas vivências. Para tanto, o pesquisador está centrado nas manifestações existenciais do sujeito. Assim, utilizou-se como paradigma da pesquisa a psicanálise, por ser um método de investigação que consiste em evidenciar o significado inconsciente das palavras e ações de uma pessoa (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). A utilização de pressupostos psicanalíticos aconteceu, tanto para o momento da entrevista quanto para a interpretação dos resultados.

Participantes

Na instituição onde foi realizada a pesquisa, um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul, há na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, dez leitos de internação. No entanto, apenas nove leitos são ocupados, devido à organização interna do setor. Ao todo atuam na unidade doze médicos, que se revezam nos plantões e nos turnos. Dentre estes, há um residente fixo (que permanece na UTI durante um ano) e dois residentes que mudam a cada início de mês.

Participaram da pesquisa os 12 médicos que exercem atividade na UTI. Somaram-se oito homens e quatro mulheres, com idades entre 26 a 57 anos. Ainda, familiares acompanhantes de pacientes, também foram sujeitos da pesquisa. Nas entrevistas houve um total de 11 familiares participantes, que estavam acompanhando o tratamento do familiar internado na UTI. Para a entrevista foram

incluídos apenas aqueles que estavam acompanhando sistematicamente o processo de internação e que já tinham conversado com o médico pelo menos uma vez e recebido uma comunicação de más notícias. Estes foram os critérios de homogeneidade utilizados para que se pudesse definir a amostragem por saturação, ou seja, a soma de características em comum de todos os sujeitos que compuseram a pesquisa (TURATO, 2003). Dos entrevistados conta-se dez do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo que as idades na totalidade dos participantes variaram de 20 a 62 anos. Entre o grau de parentesco com o paciente internado, pode-se citar: um esposo e quatro esposas, três filhas, duas irmãs e uma mãe.

Ao início do projeto a intenção era de que pacientes também fizessem parte da amostra. Entretanto, ao entrar em campo, foi percebida a impossibilidade de participação dos mesmos. Isso porque a maioria dos pacientes se encontra em sedação, e mesmo quando não estão nessa condição eles possuem desorientação, devido aos medicamentos e grande fragilidade física e/ou emocional, impossibilitando uma entrevista.

Logo, foram incluídos, nas observações e entrevistas, todos os médicos que realizam atendimentos na UTI. Também foram incluídos nas observações, tanto da UTI quanto do momento da comunicação, os familiares acompanhantes que estavam em contato com os médicos para compreender o estado geral do familiar internado. O número de familiares participantes que assinou o termo para as observações foi maior (19 familiares) do que o número de participantes das entrevistas (11 familiares). Isso porque, para não estigmatizar, com a presença do pesquisador, o paciente como um paciente em situação grave, todas as comunicações foram observadas, por um período de 14 dias, independente de serem sobre más notícias. Porém, apenas os familiares que receberam más notícias foram convidados a participar da entrevista. Assim, as entrevistas foram realizadas apenas após ser observada pelo menos uma comunicação de más notícias.

Nos 14 dias de observação foi presenciado um total de 121 comunicações do médico ao familiar. Em cada dia de comunicação ocorriam, aproximadamente, nove comunicações, considerando os familiares dos nove leitos da UTI. Houve dias em que não tinha familiar presente para conversar com o médico, por isso o número de comunicações é menor que a mera multiplicação dos dias com o número de leitos. Ainda, considerando as nove comunicações diárias, pelo menos uma sempre se referia à má notícia.

Em relação à participação dos médicos, optou-se por entrevistar a totalidade, visto que era constituída tanto por médicos recém formados e que estavam realizando a residência, quanto por médicos já formados há algum tempo. Pensou-se, inicialmente, que a diferença no tempo de formação poderia trazer discrepâncias nas respostas, o que não foi confirmado na coleta e análise dos dados.

Para delimitar o número de entrevistas dos familiares, foi utilizado o critério de saturação da amostra, que consiste, de acordo com Minayo (2008), no conhecimento obtido pelo pesquisador de que compreendeu a lógica interna do grupo pesquisado. Este momento acontece quando o mesmo alcança o entendimento da homogeneidade, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o estudo. Confirmando isso, Turato (2003) mencionou que o pesquisador fecha o grupo de participantes quando as informações coletadas começam a se repetir. Este fato implica em um processo de coleta e de análise de dados concomitantes. Dessa forma, Fontanella, Ricas e Turato (2008) apontaram que a amostragem por saturação é um instrumento conceitual de evidente aplicabilidade prática, podendo, através de consecutivas análises paralelas à coleta de dados, guiar sua finalização. Assim, a saturação é feita por um processo contínuo de análise dos dados e que se inicia junto com o processo de coleta. Portanto, a saturação de dados é um guia útil para pesquisas qualitativas, pois se entende que o tamanho apropriado da amostra se origina através do propósito do estudo, da complexidade, amplitude e distribuição das experiências e visões de interesse (FRANCIS et al., 2010).

De acordo com Francis et al. (2010), como princípio para atingir a saturação de dados, o pesquisador deve especificar quantas entrevistas a mais serão incluídas, sem novas informações emergentes, ou seja, utilizando-se do critério de encerramento. Assim, a saturação deve ser alcançada após dez entrevistas, devendo-se incluir para o critério de encerramento mais três entrevistas sem novos temas emergentes, de forma que o pesquisador sinta-se seguro para fechar a amostra. Entretanto, para essa pesquisa, entendeu-se que o grupo selecionado constituiu-se em uma amostra homogênea, que trouxe rica qualidade nas informações. Ainda, houve uma restrita escolha de entrevistados em um campo de coleta único. Igualmente, foram considerados parâmetros que incluíram a avaliação de que as informações colhidas dessem conta de satisfazer a discussão e atingir os

objetivos propostos (TURATO, 2003). Portanto, foi considerado que 11 familiares entrevistados alcançaram o critério de saturação.

Procedimentos de coleta de dados

Para que os dados pudessem ser coletados, inicialmente foi encaminhada uma cópia do projeto de pesquisa para os responsáveis da UTI onde se realizou o estudo. Posteriormente, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Após todos os trâmites serem contemplados e o projeto receber parecer favorável do CEP (Anexo A), entrou-se em contato com a unidade para o início da coleta.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas através de eixos norteadores, e observação não participante, na UTI e no momento da comunicação do médico com a família.

A entrevista é um procedimento privilegiado de coleta de informações, pois a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos; além de ter a competência de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições socioeconômicas, históricas e culturais características (MINAYO, 2008). Contemplando este mesmo pensamento, Turato (2003) apontou que a entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitadora da apreensão de diferentes fenômenos, de elementos de identificação e construção do entrevistado e, de certa forma, do entrevistador.

Especificando a entrevista semiestruturada, Minayo (2008) afirmou que esta parte da elaboração de um roteiro, que difere do sentido tradicional do questionário, pois visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos no objetivo da pesquisa. A entrevista se configura como um instrumento para orientar uma conversa com uma finalidade. Constitui-se em elemento facilitador para abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. No roteiro constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto. O roteiro é um guia e não pode prever todas as situações e condições do trabalho em campo. De fato, de acordo com Turato (2003) o entrevistado falará com livre associação de ideias, proporcionando maior flexibilidade ao entrevistador para que se permita

acontecer um transcurso diferente daquele imaginado anteriormente. Permite ao informante falar sobre um tópico do roteiro antes que lhe seja perguntado e, igualmente, permite que considere tópicos novos, onde questões não previstas anteriormente são verbalizadas pelo entrevistado e consideradas de grande valor para serem trabalhadas no estudo. Foi sob esta visão que constaram os eixos norteadores. A partir destes foi possível coletar as informações, contemplando, assim, os objetivos do estudo. Os eixos norteadores foram:

a) Nas entrevistas com os médicos: Entrada/ingresso na UTI; Característica da UTI; O paciente da UTI O ingresso do paciente na UTI; Relação da equipe com a família, do paciente com a família e entre a própria equipe; Comunicação do diagnóstico ao paciente e/ou familiar; Comunicação da evolução do quadro do paciente; Lembrança de uma comunicação que avalia como positiva; Lembrança de uma comunicação que avalia como negativa; Impressões sobre as reações dos receptores das más notícias; Exemplo de um caso clínico que teve desfecho desfavorável outro com desfecho favorável; Futuro profissional; Aprendizagem da comunicação.

b) Nas entrevistas com os familiares: A chegada ao hospital; O ingresso na UTI; Experiência da internação de um familiar; Relação estabelecida com médicos e com a equipe de saúde; Experiências de receber más notícias; Percepção da conduta médica ao dar más notícias; Impressões e sentimentos gerados ao receber as más notícias; Percepção do processo de comunicação; Melhor forma de comunicar más notícias.

Para complementar, a observação aparece não apenas como fonte de informação, mas, como um constructo diferenciado da relação médico-familiar, da comunicação de más notícias por parte do médico e do recebimento destas por parte da família. A observação, parafraseando Cozby (2003), é o exame minucioso ou a mirada atenta sobre um fenômeno em sua totalidade ou apenas em parte deste; é a apreensão precisa do objeto estudado. Em relação à ciência, a observação vai além, incorporando outras informações ao sentido comum da palavra, mostrando uma dimensão mais extensa e complexa.

Assim, quanto à observação não-participante Gil (2006) inferiu que se observa de maneira espontânea os fatos que ocorrem, sem interferir ou questionar. Para complementar, Creswell (2007) ressaltou que através da observação são tomadas notas sobre o comportamento e atividades das pessoas no local da

pesquisa. É possível registrá-las de forma não estruturada ou semiestruturada; esta última, através de questões anteriores que o pesquisador deseja conhecer. Dessa forma, a observação foi realizada nesta pesquisa, buscando-se um entendimento dos comportamentos considerados importantes, assim foi possível atribuir outras informações relevantes no estudo.

A observação aconteceu com base em um roteiro explicitado a seguir:

a) Observação na Unidade de Tratamento Intensivo: Interação entre os membros da equipe de saúde; Tratamento aos pacientes; Referências às doenças; Comunicação entre os membros da equipe de saúde; *Round* da equipe de saúde.

b) Observação do momento da comunicação na relação médico-familiar: Processo de comunicação; Comportamentos subjetivos dos médicos; Comportamentos subjetivos dos pacientes e/ou familiares; Reações dos pacientes e/ou familiares frente à notícia;

Para coletar os dados, em relação à observação na UTI, a pesquisadora se fez presente na unidade, geralmente, em horário anterior ao horário de visita da parte da tarde. Isso porque, a comunicação do médico com os familiares acontecia sempre após esse horário. As observações ocorreram em todos os dias da semana, incluindo-se finais de semana e feriados, pois foi considerado o fluxo dos médicos que trabalham no setor. A observação na unidade deu-se a partir de autorização institucional. Completou-se 45 dias de observação na UTI. Esse tempo foi necessário levando-se em consideração os aspectos envolvidos na ambientação e aculturação do pesquisador. Turato (2003) conceituou o termo ambientação como o processo de inserção do pesquisador em um campo da abordagem em saúde, ou seja, tudo o que o ambiente engloba, desde questões gerais a cuidados assistenciais, em particular. É uma adaptação pessoal a um espaço funcional e à rotina de trabalho e hábitos das pessoas que ali se encontram. Em suma, a ambientação é o processo de adaptação à instituição onde ocorrerá a pesquisa de campo. Para adaptar-se o pesquisador busca a adequação pessoal às atividades rotineiras do lugar, conhecendo as pessoas habituais do local e a distribuição das tarefas desenvolvidas.

Já o termo aculturação é conceituado por Turato (2003) como o processo de assimilar ideias e costumes de uma sociedade onde o pesquisador ficará imerso por determinado período de tempo. É uma relação contínua entre duas culturas, sendo que a cultura do pesquisador, que se inseriu na instituição, sofre mudanças

decorrentes do processo de assimilação, em virtude da cultura daqueles que o receberam.

Tem-se, então, que a inserção radical do investigador em campo, interagindo com ele e produzindo dados, é parte integrante do método. Assim, pode acontecer, até mesmo, uma identificação com o objeto de estudo, como componente do procedimento de busca da *verdade* (FONTANELLA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012).

A observação, no momento em que o médico conversava com os familiares, ocorreu após o horário de visita da tarde. Há três horários de visita durante o dia, com tempo de duração de 30 minutos cada, iniciando às 10 horas e 30 minutos, às 16 horas e às 20 horas. Apesar de haver esses três horários, a comunicação do médico com os familiares ocorre, exclusivamente, após o horário da tarde. A observação do momento da comunicação do diagnóstico/prognóstico somente ocorreu com o consentimento de ambos, médicos e familiares, presentes durante a comunicação. Ao todo foram observados 14 dias de comunicações. A pesquisadora esteve presente, tanto no decorrer da semana, quanto nos finais de semana e feriados. Este fato foi necessário, porque durante a semana quem realizava a comunicação eram os três médicos residentes. Aos finais de semana e feriados os médicos contratados no setor cumpriam os plantões e realizavam as comunicações. Considerando que se somam nove médicos contratados, foi preciso a presença da pesquisadora em pelo menos nove dias não úteis, nos diferentes plantões, para que fossem observadas as comunicações de todos os médicos. Alguns médicos foram observados mais de uma vez.

Quanto às entrevistas, estas foram agendadas previamente e ocorreram em uma sala do hospital. Algumas entrevistas aconteceram na sala de reuniões da UTI, que foi previamente disponibilizada para a pesquisa. Em outras situações demais salas do hospital foram reservadas para a realização das entrevistas. O local e horário das entrevistas foi definido conforme a preferência do entrevistado. Com os familiares as entrevistas aconteceram após eles já terem tido o conhecimento do diagnóstico e já terem conversado com os médicos sobre o prognóstico e evolução do quadro, e recebido, o que foi considerado por eles, uma má notícia. Foi entrevistado apenas um familiar de cada paciente, apesar de outros familiares estarem igualmente acompanhando o quadro.

Todas as observações foram relatadas no diário de campo e as entrevistas foram gravadas em áudio a partir do consentimento dos participantes e mantidas

sob a responsabilidade do pesquisador responsável, sendo apagadas após cinco anos. As entrevistas foram transcritas para um documento digital para a melhor visualização e formação de categorias na análise das informações. Os documentos transcritos permanecerão igualmente sob responsabilidade do pesquisador responsável.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise dos dados, primeiramente, as entrevistas foram transcritas, concomitantes à coleta de dados, para que pudessem ser percebidas as falas mais significativas, seja por sua repetição, por sua carga emocional, ou pelo grau de congruência ou contradição no discurso desse grupo. Foi a partir das entrevistas e das observações que se formaram as categorias referentes ao tema da pesquisa. Essa análise teve como base a análise de conteúdo de Bardin (2010) e de Turato (2003). Convém ressaltar que a utilização de um segundo autor que abrange os conceitos da análise de conteúdo dá-se pela concepção diferente no que se refere aos procedimentos de descrição das mensagens.

Para Bardin (2010, p.34) a análise de conteúdo “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. É, portanto, um tratamento das informações contidas nas mensagens.

A análise de conteúdo é uma análise dos significados (temática) e dos significantes (procedimentos). Já o tratamento descritivo em si compõe o primeiro momento dos procedimentos. Sobre as características sistemática e objetiva, Bardin (2010) considerou de suma importância mantê-las durante a análise de conteúdo. Assim, para que, de fato, a análise de conteúdo seja válida, este autor considerou que se devem seguir determinadas regras. São elas: homogeneidade; exaustividade, esgotar a totalidade do texto; exclusividade, um elemento de conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias distintas; objetividade, codificadores diferentes devem chegar a resultados idênticos; e, adequabilidade, adaptar a análise ao conteúdo e ao objetivo.

Porém, Turato (2003) apontou que a análise de conteúdo não deve ser meramente descritiva, é preciso avançar esse estágio, passando para outro mais intuitivo, no qual se realizam inferências, permitindo discussões a partir dos dados trabalhados. Logo, pode-se considerar que os dados são achados mudos, cabendo ao pesquisador fazer a interpretação e discussão destes resultados. Contribuindo neste contexto, Campos e Turato (2009) inferiram que a análise de conteúdo é realizada a partir de registros e, dessa forma, permite inferências, passagem das premissas em revisão através do texto até a conclusão do trabalho. Realizar inferências sobre um texto significa produzir conhecimentos subjacentes à determinada mensagem e, também, ancorá-la a um conjunto de referenciais teóricos.

Para realizar a análise de conteúdo foram seguidas as indicações de Turato (2003), que sugeriu que primeiramente se faça uma leitura flutuante do material coletado. Esta é uma fase de pré-análise, onde, aos poucos, o alvo da leitura ganha clareza na consciência. Assim, é preciso ler e reler o material para se obter uma impregnação do conteúdo. A partir das leituras de assimilação do material, pode-se seguir para a etapa de categorização dos dados.

Quanto ao processo de formar categorias, Bardin (2010) afirmou que a categorização fornece, através da condensação, uma representação simples das informações em bruto. Assim, o que permite o agrupamento é a parte comum existente entre eles. Logo, categorizar comporta o inventário, onde se isola os elementos e a classificação; onde se reparte os elementos e se impõe certa organização às mensagens. Turato (2003) propôs dois critérios para que se faça a categorização dos dados: a repetição, onde se distingue, se põe em destaque, as colocações reincidentes, considerando todas as emergentes do discurso do entrevistado; e, o critério da relevância, onde se coloca em destaque um ponto falado, sem que tenha, necessariamente, apresentado repetição no conjunto dos dados coletados, porém, é considerado rico em conteúdo.

Destarte, a categorização, segundo Campos e Turato (2009), pode ser entendida como um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões, relativos à realização da análise das informações. Didático, porque realiza certo ordenamento para tornar sua apresentação mais plausível para os padrões de compreensão do fenômeno almejado pelo pesquisador. E científico, porque sendo embasado por conhecimentos teóricos, estará de acordo com as

regras que são universalmente consagradas pela comunidade científica. Ainda, é preciso considerar, de acordo com Turato (2003), a subcategorização, que se define pelo procedimento de por em destaque, dentro da categoria, outros tópicos particulares que merecem discussão e mantém certa dependência temática com o tópico categorizado.

Toda essa operação de codificação, segundo Turato (2003), permite, através da exploração do material coletado, a transformação dos dados brutos em dados trabalhados. Dessa forma, foi possível, a partir da busca da essência do fenômeno estudado, compreender a fala dos sujeitos. Ainda, pôde-se considerar como um meio de reduzir o volume das informações transmitidas nas entrevistas, transformando-as em categorias conceituais, que permitiram interpretar e investigar a compreensão dos participantes da pesquisa sobre o seu contexto e as influências deste na forma e no conteúdo comunicado (CHIZZOTTI, 1998).

Considerações e aspectos éticos

Para contemplar os padrões de cientificidade e ética em pesquisa, foram consideradas todas as questões solicitadas. No que se refere a: contato prévio com a unidade onde se realizou a pesquisa, para avaliar a possibilidade da mesma; autorizações institucionais; consentimento para a realização da pesquisa, aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Anexo A); e, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos participantes (Apêndices A e B).

Com o intuito de prevalecer a ética, foram mantidos os princípios éticos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. A ética da pesquisa envolvendo seres humanos atende algumas exigências, segundo esta resolução, que condizem com (item III, art. 1):

- a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes [autonomia]. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos [beneficência] comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados [não maleficência];
- d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária [justiça e equidade].

Entende-se ainda que, por se tratar do âmbito da psicologia, deve-se levar em considerações os aspectos éticos exigidos do profissional psicólogo pelo Conselho Federal de Psicologia. Este rigor ético do conselho de classe vem a complementar o entendimento da resolução 196/96. Para tanto, a Resolução CFP 010/05 dispõe no art. 16 que o psicólogo, na realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias:

- a) Avaliará os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, com o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas;
- b) Garantirá o caráter voluntário da participação dos envolvidos, mediante consentimento livre e esclarecido, salvo nas situações previstas em legislação específica e respeitando os princípios deste Código;
- c) Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes;
- d) Garantirá o acesso das pessoas, grupos ou organizações aos resultados das pesquisas ou estudos, após seu encerramento, sempre que assim o desejarem.

Dessa forma, os participantes tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com termo de consentimento. Foi garantido que sua identidade pessoal permaneceria no anonimato, para tanto não foram mencionados os nomes dos participantes, bem como, qualquer outra informação que pudesse identificá-los.

Mediante estes aspectos, antes das entrevistas e observações, foi entregue aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando a pesquisa e solicitando autorização para a divulgação de suas falas. Nesse termo foi descrito um breve resumo do trabalho e, quando aceita a participação na pesquisa, foi assinado pelos participantes em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador. A pesquisa somente foi colocada em prática após a aprovação do Comitê de Ética da instituição onde esta se realizou. Sendo aprovada sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0367.0.243.000-11

É importante ressaltar que no TCLE que foi entregue aos familiares foi retirado o termo 'más notícias'. Isso porque a pesquisa trata com uma situação de doença, visando compreender o processo de comunicação de más notícias na relação médico-paciente. Assim, o termo 'más notícias' foi omitido do consentimento para não causar um mal estar entre os participantes, por inferir que eles receberiam uma notícia ruim sobre o tratamento. Colocou-se apenas que a pesquisa tratava sobre o processo de comunicação na relação médico-paciente. Nesse sentido, é igualmente importante ressaltar que todas as comunicações entre médico-familiar foram observadas durante o período do trabalho em campo, para que não se induzisse na UTI o pensamento de que a pesquisa seria com pacientes com evolução negativa, podendo gerar desconforto entre os familiares.

As entrevistas foram gravadas em áudio com o prévio consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas e analisadas. As informações somente foram divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Rua Floriano Peixoto, 1750, Prédio de Apoio, 3º andar, sala 309, Santa Maria, RS, por um período de cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável, Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana. Após este período, os dados serão apagados. Além disso, os participantes foram informados sobre a possibilidade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento que desejassem, sem que isso representasse prejuízo para os mesmos.

Foi considerado que os participantes poderiam sentir-se desconfortáveis ao lembrarem algumas situações de suas vidas e falarem sobre elas. Assim, caso a pesquisa mobilizasse no sujeito conteúdos geradores de angústia, os pesquisadores sugeririam ao participante um serviço de apoio para que pudesse conversar visando minimizar o foco de sofrimento. Contudo, isso não se fez necessário. Pensa-se que o bom vínculo com a pesquisadora possa ter colaborado na confiança dos participantes em relatarem suas experiências, sem que isso fosse fonte de angústia.

Não existiram, benefícios diretos aos entrevistados. Porém, entende-se que os participantes podem apreciar o benefício de serem pessoas que fornecerão dados relevantes para a efetivação do presente estudo, colaborando para uma nova construção do conhecimento.

O sigilo dos participantes foi mantido através da utilização de siglas para a identificação das falas. Quando o participante foi o médico, foi usada a letra M seguida do número correspondente, ex.: M1, M2, M3, e assim sucessivamente. Da

mesma forma foi utilizada a letra F para designar o participante familiar, igualmente seguido dos números correspondentes. Quanto aos médicos, no artigo proposto para publicação não foi colocada a idade de cada um nos relatos. Entendeu-se que caso identificasse a idade os médicos seriam igualmente identificados, por se tratar de uma unidade pequena dentro do hospital com um número de profissionais médicos reduzido.

Assim, conforme detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B) e no Termo de Confidencialidade (Apêndice C), foi e ficará assegurado a todos os participantes o sigilo com relação à sua identidade, garantindo, portanto, a privacidade.

ARTIGO 1

(DES)ENCONTROS: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA RELAÇÃO MÉDICO/FAMILIAR¹

Daniela Trevisan Monteiro²
Alberto Manuel Quintana³

Títulos completos e abreviados

(DES)ENCONTROS: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA RELAÇÃO MÉDICO/FAMILIAR COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

(MIS)GATHERINGS: THE COMMUNICATION OF BAD NEWS IN THE DOCTOR/FAMILY RELATIONSHIP COMMUNICATION OF BAD NEWS

(DES)ENCUENTROS: COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN LA RELACIÓN MEDICO/FAMILIAR COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

¹ Artigo formatado segundo as normas da revista *Psicologia em Estudo*, Qualis A2. Cabe ressaltar que este artigo compreende um número de laudas superior ao indicado pelo periódico, para submissão. Esta questão será retomada após a apreciação da Banca de Defesa da Dissertação.

² Psicóloga. Mestranda em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: daniela.trevisan.monteiro@gmail.com.

³ Psicólogo. Doutor em Psicologia. Docente do Departamento de Psicologia da UFSM.

Resumo

Este estudo objetivou compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto da uma Unidade de Tratamento Intensivo para adultos, na perspectiva dos médicos. Configurou-se como uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas e observação. Participaram 12 médicos de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. A análise foi realizada através da análise de conteúdo. Os resultados apontaram que a comunicação de más notícias não é vista como uma ação técnica. Além disso, ficou explícito que este aprendizado dá-se, geralmente, através da prática e pela observação dos docentes, durante a graduação. Ainda, destacam-se dificuldades dos médicos em comunicar más notícias, bem como o uso de mecanismos de defesa para realizar essa tarefa. Considera-se que se faz necessário resgatar a importância da reflexão sobre a relação médico/familiar como prática diária tão importante quanto outros ensinamentos da medicina.

Palavras-chave: Comunicação; psicologia médica; relações médico-familiar.

Abstract

This study aimed to understand the process of the bad news communication in the context of the Intensive Care Unit for adults, from the perspective of the doctors. Configured as a qualitative, exploratory and descriptive research. Data were

collected through semi-structured interviews and observation. Participated 12 doctors in a teaching hospital of Rio Grande do Sul. The analysis was performed through the content analysis. The results indicated that the communication of bad news is not seen as a technical action. Moreover, it became clear that this learning takes place, usually through practice and observation of teachers during graduation. Still, we highlight the difficulties of the doctors to communicate the bad news, as well as the use of defense mechanisms to accomplish this task. It is considered that it is necessary to recover the importance of reflection on the doctor/Family relationship as daily practice as important as other teachings of medicine.

Keywords: Communication; medical psychology; professional-family relations.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comprender el proceso de comunicar las malas noticias en el contexto de la unidad de cuidados intensivos para adultos, desde la perspectiva de los médicos. Se configuró como pesquisa cualitativa, exploratoria y descriptiva. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y observación. Participaron 12 médicos de un hospital universitario en el interior de Rio Grande do Sul. El análisis se realizó a través del análisis de contenido. Los resultados indicaron que la comunicación de malas noticias no es vista como una acción técnica. Por otra parte, se hizo evidente que este aprendizaje tiene lugar, generalmente a través de la práctica y la observación de los maestros

durante la graduación. Ocurren, también, dificultades de los médicos para comunicar malas noticias, así como la utilización de mecanismos de defensa para realizar esta tarea. Se considera que es necesario recuperar la importancia de la reflexión sobre la relación medico/familiar como una práctica diaria tan importante como otras enseñanzas de la medicina.

Palabras-clave: Comunicación; psicología médica; relaciones profesional-familia.

Introdução

A saúde passa por grandes desafios nas questões relativas à qualidade de vida. Por um lado há a preocupação de um real avanço científico-tecnológico e, por outro, se reconhece o importante papel de uma medicina humanizada. Neste cenário, as tecnologias diferenciadas atraem a atenção e, por vezes, até lateralizam as ações relativas à humanização, criando uma interpretação errônea de que a solução para uma melhora da qualidade de vida está nos sofisticados aparelhos e nos diferenciados recursos terapêuticos (Lottenberg, 2010). Com efeito, é imprescindível para o médico adquirir os conhecimentos técnicos necessários para o diagnóstico e a prescrição de tratamento de uma doença. Entretanto, há outros elementos presentes numa consulta médica que escapam à objetividade da ciência, como, por exemplo, oferecer suporte e facilitar elaborações de tensões, através da compreensão das diversas demandas do paciente (Lucchese, Abud & De Marco, 2009).

Para tanto, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) trouxe à tona o quanto a ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes, quando se reduz pessoas a objetos despersonalizados. Tem-se então a desumanização posta em prática ao se tratar os pacientes como simples objetos de intervenção técnica; considerando desnecessário ou perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Destarte, a proposta de humanização foca a necessidade da comunicação e do diálogo (Ministério da Saúde, 2001). Desse modo, nos limites da medicina biotecnológica, entra em cena o valor das relações de confiança e das parcerias instituídas com os pacientes e seus familiares (Penello & Magalhães, 2010).

Assim, a relação médico-paciente é uma temática que apresenta, atualmente, uma renovada importância, tanto na comunidade científica quanto na formação e na prática médica. Esta ênfase se evidencia num incipiente direcionamento, na formação dos novos médicos, de uma aprendizagem orientada para uma intervenção eficaz, tendo como perspectiva a visão do paciente, não mais como objeto, mas, como um sujeito que se encontra em uma situação de fragilidade e de ameaça ao seu estado de ser saudável (Silva et al., 2011).

Se, por um lado, evidencia-se na formação acadêmica esta tendência à humanização, por outro lado, na prática, em muitos casos, se observa que a relação médico-familiar ainda delimita-se a informações técnicas e de racionalidade científica, com a emissão do boletim informativo, em uma relação assimétrica e de poder profissional não condizente com a humanização (Bettinelli & Erdmann, 2009). Em contrapartida para que ocorra a comunicação entre médico e paciente ou familiar é primordial considerar-se a palavra interação, pois a comunicação envolve a transmissão de informação contínua de uma pessoa para a outra, sendo então

compartilhada por ambas, de modo que o destinatário a receba e a compreenda. Se a informação foi apenas transmitida, porém, não recebida, não foi efetivamente comunicada, sendo necessário alinhar o transmissor e o receptor entre os participantes do processo (Moritz et al., 2008). Destarte, a comunicação é primeiramente um encontro. E, para que esse movimento em direção à alteridade possa ser visível, audível e perceptível pelo outro, de forma que aconteça uma troca, a mensagem precisa ser uma resposta à necessidade da outra pessoa. Por esta razão ela irá acolher o estímulo recebido e se dará a aguardada relação (Perruzolo, 2006).

Nesse âmbito, a comunicação sempre terá dois lados. Assim, no que tange à comunicação na relação médico/paciente, devem ser considerados tanto emissor quanto receptor. Para o paciente é um momento de angústia, sua capacidade de entendimento está limitada devido à presença da doença e pelo novo contexto que esta traz à sua vida. O paciente pode possuir dificuldades em se expressar através das palavras, pois está exposto a angústias e fragilidades, que inibem formas mais complexas de comunicação. Nesse ínterim, há diminuição da capacidade de assimilação das explicações e orientações passadas pelo médico. Já para o médico, sua formação conspira contra uma comunicação acessível, baseada no uso de jargões que pacientes e familiares não conseguem entender. O maior desafio, então, é transformar verdades complexas em informações compreensíveis para leigos doentes, angustiados e com muitas incertezas (Lucchese & Ledur, 2008).

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a comunicação é um procedimento relacionado com a percepção do ambiente e do clima de trabalho, compreendendo igualmente a comunicação não verbal da equipe multiprofissional e a interação médico/paciente-familiar. São participantes do processo de comunicação na UTI os

pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, os médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e os demais membros da equipe multiprofissional (Moritz et al., 2008).

No que se refere à comunicação relacionada ao tratamento do paciente em estado crítico terminal, é sugerido que: as UTIs possam disponibilizar de um local adequado para a convivência com os familiares; o médico do paciente não delegue a outros profissionais seu papel na comunicação; seja sempre o mesmo médico a se comunicar com o representante familiar; seja identificada, na família do paciente, uma pessoa que possa ser o interlocutor; não se antecipe informações desnecessárias e/ou não solicitadas; seja facilitado o maior número possível de encontros entre paciente/familiar/equipe de saúde; seja estabelecido pelo menos um horário exclusivo para que seja realizada a comunicação; sejam padronizadas as informações após um acordo entre os médicos envolvidos (Moritz et al., 2008). Entretanto, entende-se que os profissionais que trabalham em UTI estão submetidos a um alto nível de estresse, nas condições e ritmos de trabalho exaustivos, além do convívio diário com circunstâncias de sofrimento e morte (Neves et al., 2009), o que prejudicaria a implementação dessas resoluções.

O modo como a pessoa vê a doença, seu fator psicológico, influencia na aceitação da mesma e no respectivo tratamento. Assim, a informação é essencial para ajudar as pessoas a enfrentar esta situação. Porém, a questão principal para os profissionais de saúde não é saber informar os pacientes, mas sim saber o quanto, como e quando informar, principalmente quando a informação se refere à má notícia, como os diagnósticos de doenças graves (Pereira, 2005). Portanto, no tocante à comunicação, as más notícias constituem tema de suma importância na relação médico/familiar.

Pode-se definir o termo má notícia como qualquer informação que, drástica e negativamente, altera a perspectiva de pacientes e familiares em relação ao seu futuro, promovendo uma desordem emocional e de comportamento que persiste por algum período de tempo após o recebimento da má notícia (Díaz, 2006). Para tanto, é considerada uma tarefa estressante para os médicos, e muitos evitam a transmissão das más notícias ou a realizam de maneira inadequada (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa, & Caprara, 2011).

Por vezes os profissionais encaram a situação da comunicação de más notícias como um fracasso, dada a grande evolução tecnológica e científica das ciências da saúde, o que aumenta a esperança de vida, vinculando-a a uma fantasia de imortalidade. Nesse sentido, os processos de comunicação são esvaziados de conteúdo, desencadeando mecanismos de fuga e uso de eufemismos, para não deixar a sensação de falta de transparência e omissão (Pereira, 2005). Assim, a comunicação de más notícias, tanto para o paciente quanto para o médico, é considerada desagradável e desconfortável. Trata-se de um momento difícil que envolve emoções e reações experienciadas pelo paciente, relacionamentos com os familiares enquanto fonte adicional de estresse, e, ainda, o fato do médico ter de lidar com suas próprias emoções, receios e o enfrentamento de sua finitude (Lino et al., 2011).

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina enfatizar a relevância da comunicação como uma competência a ser bem desenvolvida pelos graduandos, o texto é superficial no que se refere à importância da habilidade na relação médico-paciente. Além disso, poucas universidades valorizam o ensino da comunicação verbal e não verbal em seus currículos (Rossi-Barbosa, Lima, Queiroz, Fróes, & Caldeira, 2010). Este assunto também é

assinalado por Lino et al. (2011) que apontaram que embora a comunicação de más notícias seja objeto de estudo em diversos cursos de medicina em nível internacional, o tema ainda é pouco abordado por professores e estudantes no contexto brasileiro. Assim, observa-se cada vez mais uma crescente preocupação mundial com a formação dos profissionais da saúde, na medida em que se passa a deslocar o eixo do 'o que fazer' (conhecimento técnico-científico), para 'como fazer' abordando, assim as práticas de comunicação profissional-cliente. Contudo, no Brasil este campo da *fala-em-interação* ainda parece pouco explorado. Esse campo contribui com o processo de humanização e para que esta se faça por completo, é necessário, também, que se entenda o impacto das políticas nos atendimentos em si a partir do que está acontecendo no cotidiano dos profissionais da saúde e pacientes (Ostermann & Souza, 2009).

Destaca-se que os processos de comunicação são fundamentais no estabelecimento da conduta, principalmente porque o doente, ao chegar à frente do médico, pode se encontrar em um estado emocional regressivo. Portanto, tanto a confiança no médico quanto o sucesso da terapêutica dependerão de uma comunicação adequada entre o profissional de saúde e o paciente (Rossi-Barbosa et al., 2010).

Diante deste contexto, este artigo apresenta resultados procedentes de uma pesquisa que teve como objetivo principal compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto da uma UTI para adultos, na perspectiva dos médicos.

Método

Desenho do estudo

O estudo proposto caracteriza-se como qualitativo (Minayo, 1992/2010), de caráter exploratório e descritivo (Gil, 1987/2010). Em relação à abordagem qualitativa, esta proporciona o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno (Turato, 2005). Este autor acrescentou que o método qualitativo não é apenas um modelo que atende a certas demandas; ele cria um modelo de entendimento intenso de ligações entre os elementos, ou seja, ele fala de uma ordem que não é visível ao olhar comum. Este método busca entender um processo a partir de como o objeto de estudo acontece e se manifesta. Nesse sentido pode-se inferir que o método qualitativo privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer (Minayo, 1992/2010). Essa autora ressaltou que a investigação qualitativa requer atitudes fundamentais de abertura, flexibilidade e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos. Assim, a partir do que foi exposto, percebe-se que o molde qualitativo é o que melhor se encaixa na análise das vivências subjetivas que acontecem com os participantes durante o processo de comunicação de más notícias.

Em relação ao aspecto descritivo, pode-se acurar que o objetivo é a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos (Gil, 1987/2010). Quanto às pesquisas exploratórias, este mesmo autor coloca como sendo aquelas cujos objetivos se concentram em conhecer melhor o objeto a ser investigado. A pesquisa exploratória busca familiarizar-se ou obter diferente compreensão de uma situação. A partir disso, vai ao encontro da descoberta de significados, permitindo a consideração de aspectos diferentes de uma situação problema.

Participantes

Participaram deste estudo 12 médicos, que exercem atividade em UTI em um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul, sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades no intervalo de 26 a 57 anos.

Foi incluída nas entrevistas a totalidade dos médicos atuantes na UTI onde se realizou a pesquisa. Todos estavam em contato com os familiares e/ou pacientes para comunicar uma notícia na evolução do quadro geral apresentado pelo paciente, indiferente desta comunicação ser específica de má notícia.

Técnicas e procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e observação não participante registrada em diário de campo. A entrevista, conforme apontou Minayo (1992/2010), é uma forma de comunicação verbal privilegiada de interação. Através dela a fala pode ser reveladora de condições estruturais e sistemas de valores, transmitindo, através de um porta-voz as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Já a técnica da observação permite o entendimento do comportamento global do sujeito entrevistado no decorrer da relação estabelecida. A partir dos achados anotados para a posterior análise, é dada importância ao estilo e as alterações psicológicas e da fala, como por exemplo: interposição de momentos de silêncio, fala embargada, palavras pronunciadamente vaciladas, colocações com inibição e desinibição, manifestação de atos falhos. Ainda, deve-se considerar os elementos

de apresentação pessoal, aspectos do comportamento global e a comunicação não verbal, como: mudanças de postura física, gesticulações, mudanças afetivas no timbre e volume da voz, entre outros (Turato, 2003).

Os participantes foram abordados no próprio local de trabalho a partir da mediação através do chefe da unidade. Inicialmente foram esclarecidos sobre a temática e os objetivos do trabalho, riscos, benefícios e sigilo; após, foi realizado o convite para a participação na pesquisa; posteriormente às explicações sobre a pesquisa, quando aceito o convite, solicitou-se consentimento verbal e escrito, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes. Foi observado tanto o ambiente da UTI quanto o momento da comunicação entre médico e familiares. Para possibilitar a observação no momento da comunicação entre médico e familiares, estes igualmente receberam as explicações sobre a pesquisa e quando aceita a participação assinaram o TCLE.

As observações na UTI foram realizadas concomitantes às entrevistas e aconteceram por um período de 45 dias. Este período foi necessário para a ambientação do pesquisador no local da coleta de dados, bem como por se considerar a importância do pesquisador tornar-se uma figura conhecida entre a equipe de saúde e, principalmente, entre os familiares que se encontravam em um momento de fragilidade.

A aculturação, ou ambientação, traz a necessidade de várias idas ao campo pelo pesquisador, com o objetivo de identificar a dinâmica do *setting* onde se desenvolve a coleta de dados. Assim, se estabelecem os primeiros contatos no cotidiano desconhecido, considerando todos os detalhes do impacto gerado por quem chega como novato em um local, e desta forma amenizar as atitudes de resistência por quem “é da casa” (Turato, 2003, p. 324).

Foram realizados 14 dias de observações no momento da comunicação entre médicos e familiares. Para a observação na UTI foram utilizados os seguintes eixos norteadores: interação entre os membros da equipe de saúde; tratamento aos pacientes; referências às doenças; comunicação entre os membros da equipe de saúde; *round* da equipe de saúde. Já para a observação do momento da comunicação na relação médico-familiar foram considerados os eixos: processo de comunicação; comportamentos subjetivos dos médicos; comportamentos subjetivos dos familiares; reações dos familiares frente à notícia.

Quanto à entrevista, esta foi realizada em uma sala da unidade já previamente disponibilizada para a pesquisa. O momento para a realização da entrevista foi escolhido pelos participantes, ocorrendo de forma individual e sigilosa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Conforme orientações de Minayo (1992/2010) as entrevistas constaram de eixos norteadores. Os aspectos abordados foram: entrada/ingresso na UTI; característica da UTI; o paciente da UTI; o ingresso do paciente na UTI; relação da equipe com a família, do paciente com a família e entre a própria equipe; comunicação do diagnóstico ao paciente e/ou familiar; comunicação da evolução do quadro do paciente; lembrança de uma comunicação que avalia como positiva; lembrança de uma comunicação que avalia como negativa; impressões sobre as reações dos receptores das más notícias; exemplo de um caso clínico que teve desfecho desfavorável e outro com desfecho favorável; futuro profissional e formação sobre comunicação.

Procedimentos de análise dos dados

As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977/2008) e Turato (2003), pois este tipo de análise trata das mensagens (comunicação), ou seja, as codifica (Bardin, 1977/2008), explicitando o sentido contido em um documento com a finalidade de oferecer um significado através de palavras pré-escolhidas, frequência de repetição de termos, aparato e andamento do discurso (Turato, 2003). A partir desta análise, primeiramente, foi realizada uma leitura flutuante, que consiste em uma pré-análise, enquanto forma de assimilação de todo o material coletado de modo a permitir a categorização dos dados que foi feita a partir dos critérios de repetição e relevância. No primeiro se investigou o que os dados possuíam em comum e foram colocados em destaque os reincidentes, levando-se em consideração todas as colocações emergentes do discurso do entrevistado. Já no critério de relevância, foram colocados em destaque pontos falados, sem que, necessariamente, houvesse uma repetição, porém, que apresentasse uma relevância de sentido na construção do discurso do grupo pesquisado. Assim, foram transformados os dados brutos em organizados/lapidados (Turato, 2003).

Considerações e aspectos éticos

Foram mantidas todas as recomendações éticas propostas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Dessa forma, os entrevistados tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com termo de consentimento. Para manter o anonimato dos participantes, os nomes foram trocados pela letra M, seguida sistematicamente do número da entrevista, assim

apresentou-se como: M1, M2, M3, M4 ..., sucessivamente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde a pesquisa foi realizada, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0367.0.243.000-11.

Resultados e Discussão

Através da análise dos dados procedentes da coleta de dados, surgiram determinadas categorias que exemplificam o processo de comunicação de más notícias na visão dos médicos.

1 A comunicação de más notícias: aprendizagem, habilidade ou estilo?

Esta categoria versa sobre a maneira como o médico comunica as más notícias. Muitos médicos relataram sua dificuldade em comunicar más notícias. Frente a este fato, é importante ressaltar que, durante o convite aos médicos para a participação na pesquisa a reação foi de que seria necessária uma mudança na comunicação de más notícias. Da mesma forma, alguns médicos verbalizaram suas dificuldades logo no primeiro contato, ressaltando que não sabiam dar más notícias.

Tem-se então que cada médico, seja a partir de sua experiência profissional, da observação de outros colegas de trabalho ou aprendizado durante sua formação, busca, em concordância com seu estilo, uma forma de comunicar más notícias. Assim, a partir da análise das entrevistas, foi possível perceber diferentes formas de comunicá-las, baseadas em experiências pessoais e no senso comum, já que não houve, durante a formação dos médicos entrevistados, um treinamento ou um

preparo para realizar essa ação. Em contrapartida, não se pode apenas recair no discurso genérico e defensivo de colocar a culpa no erro da formação, como apontou Kovács (2011) em uma pesquisa com médicos em relação à comunicação sobre a morte. Apesar de 41% dos entrevistados afirmarem não ter tido em sua formação a abordagem do tema comunicação sobre morte, a autora questionou se essa não seria uma maneira de não se comprometer com a comunicação desta situação para pacientes e familiares. No entanto, outros autores apontaram que, embora a comunicação de más notícias seja objeto de estudo em diversos cursos de medicina a nível internacional, o tema ainda é pouco abordado por professores e estudantes no contexto brasileiro (Lino et al. 2011). Corroborando com este pensamento, os médicos entrevistados foram categóricos na defesa do discurso da falta de ensinamento durante a formação, como demonstram as falas:

Se usa do bom senso, também ninguém é treinado, ninguém,... mas, é do bom senso daquilo que tu faz todo o dia. (M1)

[...] nós aprendemos a dar notícias sozinhos. Nós não estudamos para dar más notícias, nós não somos treinados para dar más notícias. Então, isto é uma capacidade, assim, que a gente vai adquirindo dentro do curso de medicina, na formação médica, individualmente, e, todo o mundo tem esta dificuldade. (M2)

A primeira a gente observa, a segunda a gente faz e a terceira a gente ensina. (M3)

Pode-se inferir, a partir das falas, que a comunicação de más notícias não é vista como uma ação técnica. Além disso, fica explícito que este aprendizado dá-se, geralmente, através da prática e pela observação dos docentes. Em relação ao processo de aprendizagem, Fornaziero, Gordan e Garanhan (2011) realizaram uma pesquisa com 16 estudantes do sexto ano de medicina da Universidade Estadual de

Londrina, com o intuito de compreender o processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico desenvolvido por estes. Nas respostas às entrevistas os acadêmicos apontaram o docente como modelo de conhecimento. Entre as diversas formas de aprender, seja por repetição, leitura ou estudos individuais, o professor foi decididamente destacado como modelo a ser adotado pelo estudante, independentemente do período do curso. Dessa forma, a eficácia do professor é uma característica fundamental ao trabalho docente, considerando-se que o acadêmico o observa como modelo profissional.

Em outra pesquisa realizada pelos autores Grosseman e Stoll (2008), com 25 acadêmicos do último semestre de medicina de uma universidade federal do sul do Brasil, com o objetivo de conhecer como estes aprenderam a relação médico-paciente, o resultado apontou que 21 estudantes (84%) relataram o aprendizado através de modelos, ou seja, pela observação do comportamento dos médicos, professores, residentes, colegas e outros profissionais da saúde. Desta forma, o aprendizado se dá através do que fazer, ou melhor, de modelos avaliados como adequados, pontuados por 20 estudantes (80%) e do que não fazer, modelos considerados não adequados, relatados por 15 estudantes (60%).

O médico busca, então, maneiras de realizar a comunicação, determinando a sua forma de comunicar, como se observa da fala:

Baseei-me muito, também, no que eu vejo na TV, porque é assim, na imagem disto, porque, para o leigo, qual é a imagem que ele tem da má notícia, é a imagem que ele vê todo o dia. E onde é que ele vê todo dia esta imagem? É na televisão, é no Jornal Nacional, na hora em que o pessoal vai falar do câncer do presidente Lula, é no cinema, na TV, na hora em que vão falar com o médico, é na novela, na hora em que alguém se acidenta e que tá esperando o médico para falar. Então são estes

termos que a população está acostumada a ouvir, é esta postura que a população está acostumada a ver, e ela vai esperar que tu haja desta maneira também. (M4)

Percebe-se nesta fala que o médico buscou um aprendizado mais voltado ao senso comum como forma de fazer-se entendido por parte dos pacientes e/ou familiares. Nesta perspectiva, em pesquisa realizada sobre o conhecimento e a utilização de estratégias de comunicação no cuidado da dimensão emocional do paciente sob cuidados paliativos, com 303 profissionais da área da saúde que possuem contato com este tipo de paciente, evidenciou-se carência de habilidades de comunicação dos profissionais da saúde para oferecer apoio emocional. A superficialidade do conhecimento sobre estratégias de comunicação fica clara quando se avaliam informações complementares. Isto porque surge grande número de citações de expressões subjetivas nas respostas, tais como: solidariedade, compaixão, apoio, atenção, carinho, entre outras. Estas são descrições ou denominações de sentimentos e não de estratégias de ações concretas na atenção aos pacientes, expondo a dificuldade dos profissionais em diferenciá-las (Araújo & Silva, 2012). Em contrapartida, a habilidade de comunicação é imprescindível para a construção de uma relação quando a medicina parece ter sofrido, historicamente, uma perda da confiança. Diante disso, essa relação passa a ser construída por meio do espaço da comunicação, sendo possível realizar negociações, discussões, entre outras ações (Borges & D'Oliveira, 2011). Outro entrevistado relatou:

Dar má notícia. Olha, isto é intuitivo. A gente tem a formação médica geral e como o médico dá a má notícia para os pacientes pelos quais é responsável. (M5)

Logo, seja através da televisão, da observação dos seus professores ou por meio de cursos de formação, como relatado, o médico consegue estabelecer para si uma técnica que mantém na comunicação. Destarte, essa técnica pode ser

considerada vinda a partir do bom senso do médico ou da academia, o que não proporcionaria uma padronização na comunicação, e sim estilos pessoais. A partir do seu estilo o médico encontra sua melhor maneira de realizar a comunicação. Esse estilo pessoal inclui formas de se proteger frente a essa tarefa considerada tão difícil, como se observa:

Mas, na UTI, o que a gente aprende, não por regra, nem por livro, tu tem que deixar para a família, o paciente um pouquinho pior do que ele está. Porque, se ele evoluir, de uma hora para a outra, ficar mal ... a família tem que estar preparada. [...]. O paciente está estável, dentro de sua instabilidade, né, Mas, as doenças são graves, então, ... a gente sempre tenta, ... eu, pelo menos, aprendi vendo isto e me espelhando lá no pronto socorro. [...]. É a velha história, é uma frase horrível, mas, é a velha história, quando tu põe um gato no telhado em um dia de chuva, com uma casca de banana na frente. Quase, praticamente, ... praticamente mata para a família, para a família ficar preparada e conseguir, se acontecer a coisa, que a gente não gosta, se o paciente evoluir mal, ... é uma defesa, né. A família está preparada.

(M6)

Pode-se inferir que esta fala ilustra uma defesa em prol do próprio médico. Agravar a situação durante a comunicação protegeria a sensação de onipotência médica caso o paciente viesse a piorar repentinamente. Assim, os familiares, que já estariam preparados para uma possível morte do paciente, reagiriam de forma mais branda, pela fala da entrevistada, e o médico não teria que lidar com uma explosão emocional por parte dos familiares. Nas falas de outros entrevistados observou-se, igualmente, que em torno da comunicação de más notícias há sempre a utilização de mecanismos de defesa, como forma de proteger o médico dessas situações estressantes. A utilização de mecanismos de defesa, em termos gerais, consiste em

evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer (Freud, 1905/1996). Como apresentou esta outra maneira de comunicar:

A grande maioria das vezes, eu começo a falar sempre no tempo verbal passado. [...] Daí eu iniciei a falar, no tempo verbal no passado, e eles ficaram prestando atenção no que eu falava, prestando atenção no que eu falava, daí quando eu não tinha mais o que falar, daí eu disse, infelizmente, ele faleceu. Daí eles começaram a chorar, daí eles não acreditam, meu pai, não sei o que. Mas ali, a minha impressão, desde o início do que eu falei eu já estava dizendo que ele tinha morrido. (M7)

Na tentativa de contornar a comunicação da morte até quando evitar não é mais possível, este médico informa todos os procedimentos realizados no paciente no tempo verbal passado. O intuito do médico com essa comunicação no passado é para que os familiares se deem conta do desfecho final sem que ele precise de fato comunicar. No entanto, o que se percebeu no relato, foi o fato de que os familiares não possuem esta compreensão que o médico gostaria que tivessem. Isto porque há de se considerar que numa situação como esta, geralmente, a esperança sempre existe e, mesmo com a comunicação no passado, os familiares esperam que o desfecho final seja positivo. De fato, o que o médico tenta evitar é ser explícito. Dessa forma, ao fazer afirmações indefinidas, o médico sempre deixa a possibilidade de o familiar acreditar naquilo que é menos angustiante. Assim, pode-se afirmar que os entrevistados apresentaram dificuldade e desconforto com a comunicação de má notícia. Em suma, o que se evidenciou é que não existe uma técnica médica para lidar com estas situações, e sim esquemas individuais, baseados nas próprias experiências pessoais, no senso comum e nos mecanismos defensivos. Deve-se ponderar, então, que tanto a falta de formação quanto a

dificuldade de lidar com a morte relacionam-se na dificuldade do médico em comunicar más notícias. Por sua vez, vai fazer com que os médicos docentes tampouco trabalhem estas questões com seus alunos.

2 Comunicação de más notícias X utilização de mecanismos defensivos

A necessidade de excluir os sentimentos oriundos da própria rotina hospitalar apontou para o uso de mecanismos voltados ao apaziguamento das emoções. Com o uso desses mecanismos, os médicos comunicam de maneiras distintas, porém, com algo em comum: o fato dos mecanismos utilizados na comunicação não permitirem ao médico entrar em contato com seus sentimentos.

Nas observações das comunicações, perceberam-se diferentes maneiras dos médicos iniciarem a comunicação, na grande parte das vezes há sempre alguma frase inicial, antes de comunicar a evolução do quadro do paciente. Entre elas pode-se destacar:

O que nós temos para falar de novo? (M3)

Pensa-se que este início, com uma pergunta retórica, seria uma maneira de o médico ir formulando a sua comunicação. Ainda, pode-se inferir o fato de que estereotipar uma forma de iniciar a comunicação de más notícias representaria um mecanismo defensivo de controle da angústia. O que aconteceu algumas vezes nesta comunicação foi o fato do familiar responder a esta pergunta, assim o médico se isentaria de parte da comunicação.

Outro médico iniciou sua comunicação perguntando aos familiares o que eles acharam do paciente, assim os próprios familiares trazem algumas informações de seu conhecimento e o médico não repete a informação que foi dada anteriormente por outro, pois a comunicação não é realizada sistematicamente com o mesmo médico. Por não haver esta comunicação diária com o mesmo médico e, conseqüentemente, não haver vínculo com os familiares, em outra comunicação, outro médico optou por iniciar sua comunicação se apresentando, o que facilitaria na hora de comunicar a má notícia. Em contrapartida, a maior parte dos médicos não se apresenta dessa forma, não se coloca realmente presente na situação. Ainda, alguns médicos iniciam a conversa já informando dados sobre a evolução do quadro do paciente. Assim, apresentam uma forma mais objetiva e mais rápida de comunicar.

Momentos antes da comunicação de más notícias aos familiares de pacientes observaram-se algumas reações singulares naqueles médicos que iriam realizar essa ação. Era frequente a expressão de frases jocosas como: *Vamos para a dor?* (M7) ou *Vamos dar a cara a tapa?* (M11). Freud (1905/1995), no seu trabalho “Os chistes e sua relação com o inconsciente”, abordou que esse tipo de expressão é um jogo de palavras que destituem o sentido primário, remetendo a uma nova representação. Dessa forma, é frequentemente utilizado como meio de redução das tensões. É através do chiste que os sentimentos inconscientes podem ser manifestados, transformados em um evento cômico. Desta maneira, pode-se considerar essas expressões como uma mostra de que a comunicação aos familiares se configura em um evento estressor e angustiante para os profissionais, ainda que essa angústia não seja claramente consciente.

Ainda, se compreende que, em situações geradoras de estresse, como uma grave piora no quadro do paciente, alguns médicos realizam a sua comunicação sem que de fato comuniquem algo. Por exemplo, ao ser questionado se o quadro do paciente é grave ou estável o médico não dá uma definição do quadro do mesmo, se limitando a uma resposta ambivalente, como se percebeu da fala:

Um paciente da UTI tem que esperar passar um tempo, pois pode estar evoluindo bem e de repente piorar. (M8)

É importante colocar que além da fala pausada, nestas situações o tom de voz se apresenta muito mais baixo. Diferente de quando se trata de notícias boas, onde o tom de voz é mais alto do que o trivial e ainda se faz uso de brincadeiras ou piadas durante a comunicação. Como se observou na fala:

Está em alta [se referindo ao paciente], já está rindo até, está mais bonito que o senhor. (M9)

Frente a estas situações, pode-se observar a presença da situação de quase euforia, uma vez que a melhora do paciente diminuiria o sentimento de possível fracasso e perda da onipotência, presentes na possibilidade de não melhora e morte do paciente. Neste sentido, ao ter um desenlace positivo, se pode considerar que o desfecho é sentido como um incremento narcísico. Torna-se claro, então, o quanto comunicar más notícias é uma ação que traz sofrimento ao médico. Por um lado há a sensação de onipotência por poder salvar um paciente; por outro, há a sensação de impotência quando o desfecho não é positivo. Parece que o médico encontra-se em uma corda bamba na sua profissão, podendo a qualquer momento entrar em contato com sentimentos de euforia ou de tristeza.

Outro contraponto é referido por Cano (2008), que considerou o humor como forma de evitar o contato com as emoções. Assim, trabalhar em clima de brincadeira

seria uma forma de externalizar as emoções de outro modo, o que não deixa de ser uma forma de negação como meio para enfrentar as vicissitudes do cotidiano médico.

Tem-se, ainda, que alguns médicos se utilizam dos prontuários dos pacientes para realizar a comunicação. Este comportamento traz segurança para o médico que possui uma “cola”, como ressaltado por um dos entrevistados, e assim não ficaria sem respostas. Porém, o que se percebeu é que o uso dos prontuários acaba deixando a comunicação mais técnica, pois se comunica, por exemplo: nível de creatinina, uréia, leucócitos, entre outros. Assim, se ater àquilo que está escrito no prontuário pode ser uma forma de garantir que a comunicação com o familiar não saia do controle. Frente a essa situação, pode-se considerar o uso dos prontuários como forma de engessar a comunicação, transformando-a em um processo frio e burocrático. O resultado é que não há uma comunicação, mas sim a informação do boletim médico do paciente. Isto acarreta, também, um distanciamento na relação médico/familiar, pois o olhar volta-se aos prontuários e não à pessoa que está recebendo a comunicação. Logo, os médicos se escondem por detrás dos prontuários; ocasionando um desvio na comunicação e, conseqüentemente, na relação. O que resulta é o fato do médico não conseguir se envolver nesse processo.

Ao final da comunicação os médicos costumam perguntar se o familiar possui alguma dúvida ou se gostaria de fazer alguma pergunta. Isto fica exclusivamente no âmbito da evolução terapêutica. Não há espaço neste momento para a colocação, por parte dos familiares, de seus sentimentos. Quando ocorre, o médico procura terminar a comunicação, como foi relatado:

Hoje foi mais demorado, os pacientes falaram mais, eu não conseguia cortar o [nome do familiar]. (M3)

Assim, por mais que o médico se utilize de uma linguagem mais simples, a comunicação prioriza esclarecimentos exclusivos da doença e do tratamento. Em pesquisa proveniente de gravações em áudio de interações entre médicos ginecologistas e obstetras e pacientes de um posto do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma região metropolitana do Rio Grande do Sul, foi observado que, por vezes, quando o paciente externava suas crenças e hipóteses estava convidando o médico a avaliá-las e a atribuir sua opinião. Os médicos, por sua vez, parecem preferir responder às atribuições no momento do diagnóstico ou da prescrição do tratamento. Contudo, autores demonstraram estar na literatura casos em que os médicos não respondem às atribuições feitas, em nenhum momento da consulta e, muitas vezes, interrompem as atribuições para desviar o assunto, fazendo perguntas que não têm relação com o que o paciente está falando (Ostermann & Souza, 2009).

O que emerge então na comunicação dos médicos é o uso da racionalização como forma de manter o controle da situação e não entrar em contato com os próprios sentimentos. Segundo Cano (2008) utilizar a racionalização como meio de resolução dos problemas tem por base a própria formação do futuro médico, uma vez que, calcada na ciência positivista, incentiva um comportamento objetivo; visa uma postura resolutiva das situações; e, incentiva a racionalização e negação dos sentimentos. Assim, a racionalização aparece através da focalização dos problemas físicos do paciente, portanto, colabora para resolver as demandas da profissão sem que se precise entrar em contato com aspectos subjetivos, tanto dos pacientes quanto do próprio médico, que a usa como proteção/resguardo no sentido emocional.

3 Uma angústia compartilhada: más notícias para quem?

A comunicação de más notícias é uma atividade corriqueira na profissão médica, como já visto, no entanto, aparece como uma tarefa que o médico gostaria de evitar, como se apresenta nas falas:

E no dia que eu fui lá para contar, na casa dele, de manhã, acho que eu tomei uns dez litros de chá, de nervosa que eu estava. E as enfermeiras só riam: “O que é que tu tem?” Nada. Daí chegou na hora e eu disse: “Não quero ir. Não vou fazer a visita hoje, vamos outro dia”. Eu fugi, mas daí fui, falei, os filhos falaram. (M6)

É difícil, bem difícil. Às vezes, dá vontade de não comunicar. (riso leve). Fugir dali. Mas, não tem como. Então, quando não tem como, eu me preparo para fazer a comunicação. Me preparo. Como um bom estrategista, eu me preparo para fazer o que tem de fazer, mas, é muito difícil. (M10)

Cabe ressaltar no segundo relato que o médico utiliza a palavra “estrategista” como definição de sua preparação. Tal arranjo pode remeter ao fato de que uma das definições dadas à palavra estratégia refere à arte de conceber operações de guerra (Weiszflog, 2009). Esta forma de lidar com as situações de saúde-doença como uma batalha a ser travada, um inimigo a ser vencido já foi assinalada por diversos autores (Zaidhaft, 1990; Kovács, 2010), e demonstra o quanto é difícil para o médico o momento em que ele precisa comunicar uma má notícia; pois ele estará comunicando o que, de maneira inevitável, trará sofrimento ao receptor da comunicação. Ainda, neste depoimento, se evidencia uma preocupação com um preparo para comunicar a má notícia; essa comunicação continua sendo vista como uma luta da qual o médico deve sair vencedor. Assim, fica difícil ver o familiar como

um aliado imprescindível para que o processo de comunicação seja realmente vitorioso.

Nota-se, igualmente, nos relatos que é preciso haver uma preparação prévia do médico para que ele possa comunicar uma má notícia. Cano (2008) apontou que a comunicação em casos mais graves aparece como algo extraordinário dentro da profissão, como se não fosse parte da prática médica. Assim sendo, alguns profissionais relataram que nestas situações eles se preparam anteriormente e reservam um tempo especial para realizar a comunicação, como se essa tarefa fosse da competência de outro profissional. Em contrapartida, pode-se salientar que essa preparação está relacionada tanto a uma questão mais técnica de como comunicar, quanto aos sentimentos que emergem frente a essa tarefa. Percebe-se, então, que o fato da comunicação, e aqui, principalmente, da má notícia, não é apenas a passagem de informação. Se há a necessidade de se preparar é porque esta tarefa é difícil e envolve sentimentos, tanto do lado de quem emite a notícia, no caso o médico, quanto de quem a recebe. A preparação que o médico faz antes de comunicar leva a pensar em uma angústia frente à comunicação de más notícias; portanto, ele não se encontra preparado para comunicar. Logo, a comunicação de más notícias é percebida pelos médicos como uma obrigação desagradável; um mal necessário. Pode-se questionar: Como o médico se prepara? Quais são as ferramentas, as teorias das quais ele lança mão para fazer esse preparo? Do que transparece das falas, a preparação dá-se muito mais através da intuição. Corroborando com esta ideia, Grinberg (2010) destacou que, embora possa se fazer valer da intuição na comunicação em saúde, deveriam ser desenvolvidos programas de treinamento, com o objetivo de se alcançar um maior grau de clareza e exatidão na comunicação.

Deve-se inferir então que, para o médico se utilizar de sua intuição, seria de suma importância que este tivesse além de um preparo relacionado a uma base científica, a possibilidade de refletir sobre os seus sentimentos frente à doença e à morte. Isto porque, como abordou Quintana (2009), o médico pode falar racionalmente da morte, ele não pode é senti-la, permitir que ela toque seus sentimentos, refletindo no despreparo dos profissionais da saúde em lidar com estas situações. Um adequado preparo teórico e emocional permitiria não apenas uma melhor comunicação com o paciente como, também, uma diminuição do grau de ansiedade do profissional, como a apresentada no seguinte depoimento:

Eu fiquei acho que dois dias pensando como é que eu ia dizer. [...] Quando veio o diagnóstico eu fiquei dois dias pensando, até que eu liguei para ela, pedi para ela vir ao hospital, que eu tinha que conversar com ela. [...] Mas eu fiquei, assim, quando eu peguei o resultado e fiquei pensando: “meu Deus, como é que eu vou falar”. Na hora quem falou foi ela, depois eu fiquei meio ruizinha, mas daí eu já vi ela depois na terapia e estava evoluindo bem e aí eu já me senti melhor [...] Lembro o nome, a idade e o sangue até, se tu quiseres. (M6)

O depoimento do entrevistado revela angústia frente à necessidade de comunicar o resultado negativo das análises feitas pela paciente no qual constata a existência de câncer. Esta angústia reflete certa paralização da entrevistada, que deixa passar um tempo para comunicar isso à paciente (dois dias). Inclusive essa angústia, pode ter resultado em que a má notícia não foi de fato comunicada, mas, a própria paciente teve que afirmar isso. Igualmente, a médico se pergunta: “meu Deus, como é que vou falar?”. A fala demonstra a angústia e o despreparo teórico e emocional frente à comunicação de más notícias, capaz de gerar um impacto emocional muito forte nos profissionais, sendo que essa situação fica registrada na

lembrança deles. Isso ressalta que o preparo do médico não deve ser puramente teórico, ele deve ser igualmente produto de reflexão. Pois, se o médico não refletiu e trabalhou suas dificuldades frente à morte e ao morrer, certamente terá dificuldades na comunicação, ainda que possua uma fundamentação teórica para isso. Portanto, há um duplo despreparo: teórico e emocional. Nesta perspectiva, o estudo dos autores Jucá et al.(2010), realizado com quarenta acadêmicos do 3º semestre de medicina, utilizando a temática das más notícias através do método da dramatização de uma consulta clínica, revelou a importância de habilidades comunicacionais serem desenvolvidas no futuro médico. Os dados encontrados no estudo destes autores demonstraram que, na tentativa de comunicar más notícias, os acadêmicos a fizeram com excesso de rodeios, excessiva subjetividade e uso de linguagem coloquial não habitual no nível cultural do paciente, provocando insegurança e ansiedade neste. Da mesma forma, os autores também observaram excesso de objetividade do médico durante a consulta, tornando a comunicação de más notícias agressiva, o que também causou ansiedade no paciente. Pelos depoimentos obtidos neste estudo, o desafio de se comunicar uma má notícia ao paciente fica bastante evidente, trazendo sofrimento tanto ao médico quanto aos pacientes.

Esse impacto emocional também se apresenta no próprio fato de ter que comunicar uma má notícia, pois a partir desta comunicação deve-se pensar na pessoa que a ouviu, seja paciente, familiar ou alguém que possua algum laço afetivo com o paciente. Além disso, os sentimentos e anseios presentes nas duas faces da relação podem prejudicar o desenvolvimento de uma boa comunicação (Jucá et al., 2010). Após a comunicação o que fica é a reação de quem a recebeu e é com isso que o médico precisa lidar. Assim, é possível se pensar, também, no quanto a reação de quem recebe a notícia pode gerar angústia no médico que, muitas vezes,

comunica e se retira, não dando um suporte/acolhimento ao paciente/familiar, como se percebe na fala:

Como é que eles vão metabolizar isto, eu não sei. A gente não acompanha depois, né. Passa as informações e não fica mais. (M9)

Os médicos não conseguem ficar assistindo ao sofrimento do outro e não sabem como agir nessa situação. Pois, mesmo com uma comunicação considerada adequada pelo médico, a comunicação de más notícias é sempre difícil, porque ela vai trazer uma realidade que muda, de forma negativa, a vida de quem está recebendo a comunicação. Talvez seja justamente esse ponto que gera angústia para os médicos. Eles vão comunicar o que inevitavelmente vai gerar sofrimento no outro e vão assistir a esse sofrimento. Assim infere-se que a comunicação de más notícias gera momentos perturbadores, tanto na pessoa que emite quanto na que recebe a notícia. Por esse motivo, a comunicação de más notícias é considerada pelos profissionais de saúde uma tarefa difícil de enfrentar, não apenas pelo receio das reações emocionais que surgem em quem recebe a notícia – paciente e/ou familiares, mas, igualmente, pela dificuldade de conduzir esta situação (Pereira, 2005). Um entrevistado verbalizou essa situação de angústia frente ao sofrimento do outro de forma muito clara:

... mas, não vou te enganar, que do [nome do paciente] eu fujo. Eu não consigo, assim, quando eu vejo, que ele está chorando, que está precisando de alguma coisa, eu chego ali, converso, tento resolver o problema dele, mas, eu tento resolver, e no momento que eu vejo que ele ficou bem, que ele pode querer conversar sobre outras coisas, que ele não vai caminhar, que ele não vai, ... eu saio fora, eu não digo que isso é certo, eu sei que isso é errado, ... mas, eu, infelizmente, eu não consigo. (M1)

É importante a fala deste médico, pois ele explicita claramente o sentimento de angústia e impotência que possui frente ao sofrimento do paciente. Mesmo tendo certeza de que faz errado ao fugir da situação, ele relata que não consegue ficar para ouvi-lo. De fato há um custo emocional para este profissional nas duas situações: quando ele fica para ouvir o paciente, o que lhe gera muita angústia; ou, quando ele o abandona, sabendo que está fazendo algo errado e se culpabilizando por isso. Nesse sentido, fica implícito um pedido de que alguém tome esse papel que não seja ele. Outros médicos relataram sobre a dificuldade desse caso em específico, logo, esse papel seria de “ninguém”, ou de profissionais que hierarquicamente seriam obrigados a recebê-lo.

Ressalta-se que a identificação com os pacientes seria fonte do aumento da angústia sentida pelos médicos.

Aí, no caso específico do [nome do paciente], porque, assim, ..., eu me imagino me dizendo que eu não vá mais caminhar. Bah, isto para mim é muito difícil. Eu acredito que para ele, também, tenha sido a mesma coisa, ele vai ter momento da negação, da raiva, e depois vai aceitar. (M4)

Nota-se que quando há um processo de identificação, a tendência do médico é sofrer mais com a situação. É preciso inferir, igualmente, que em uma comunicação de más notícias o médico também está comunicando que não conseguiu resolver o problema que se apresentava. O choro e o desespero do familiar são a expressão de sua angústia em face da impotência para solucionar a doença ou a morte.

Eu não quero ver alguém da família berrando na minha frente, chorando. Parece que tu não fez nada, né. Tu fez, tu sabe que tu fez tudo o que tu podia fazer. Tu ficou 50 minutos tentando reanimar um paciente e não conseguiu. E aí a família

pergunta se eu fiz tudo o que tinha de fazer. Não, eu fiz tudo o que tinha para fazer. Parece traumático, para mim também é. (M6)

A comunicação de más notícias representa o sentimento de fracasso do médico. Dessa forma, ela é difícil tanto para os familiares quanto para o próprio médico, que se defronta com a perda da onipotência. Diferente de quando a comunicação se refere a notícias boas, na qual a sensação é inversa, se confirma a onipotência, o prazer do médico de, ao salvar uma vida, poder, em seu imaginário, sentir que controla a vida e a morte.

Considerações finais

O estudo desvendou não apenas a comunicação como um encontro, mas, o encontro de um paradoxo. Por um lado, têm-se profissionais da saúde com dificuldades de realizar a difícil tarefa de comunicar más notícias e por isso sofrem ao realizá-la, por outro, se tem a necessidade de comunicá-las como atividade quase que diária da profissão.

Pode-se considerar que o impasse começa desde a formação médica, que ainda que esteja num processo de transformação, em sua maioria, está voltada aos ditames da ciência positivista, no qual o subjetivo se encontra em segundo plano frente a tantos ensinamentos sobre o orgânico. Com efeito, ainda prevalece uma formação que desenvolve uma barreira para que sentimentos e emoções não surjam na prática clínica. Assim, sobra ao estudante aprender pela prática e observação daqueles que também aprenderam dessa forma.

A relação médico-paciente vem atrás de técnicas resolutivas para solucionar problemas, achar diagnósticos e curar doenças. O que não é errado, porém, quando

se fala de pessoas, o olhar deve voltar-se para além dos órgãos e enfermidades. A relação acontece pela interação e esta pela comunicação, seja ela verbal ou não verbal. Para tanto, o médico deve compreender que sua palavra possui tanto valor quanto seu comportamento. E que a sua frente há alguém fragilizado pela doença, pela incerteza do desconhecido. É justamente neste contexto que se encontra o maior problema na relação, a fragilidade do outro mostra ao médico a sua própria fragilidade, a finitude do paciente faz o médico pensar em sua própria finitude. E isso traz sofrimento, e para evitá-lo, para aliviar angústias, reduzir tensões e amenizar sentimentos, mecanismos de defesa são ativados. Entretanto, usá-los indiscriminadamente despense muita energia e, portanto, em algum momento, o controle não poderá mais ser mantido e sentimentos irão emergir.

O comportamento envolto pelos mecanismos de defesa não permite que uma aproximação real entre médico e familiar aconteça. O uso de protocolos e jargões próprios da profissão pode engessar a comunicação, que fica reduzida a informações sobre o boletim médico do paciente.

Ainda, deve ser considerado que a comunicação de más notícias traz à tona sentimentos para aqueles que a recebem. E o médico precisa acolher estas emoções, contudo, sem um aparato teórico ou emocional que lhe alicerce. Então, a fuga acontece atrás de protocolos que expliquem os passos indispensáveis para se lidar com essas reações. Mas, não há protocolo que dê conta dessa profusão afetiva, e só resta ao médico sair da situação o mais rápido possível. A partir das evidências, torna-se então necessário resgatar a importância da reflexão sobre a relação médico-familiar como prática diária tão importante quanto outros ensinamentos da medicina. Prática que envolva tanto um aparato teórico, que instrumentalize e auxilie na resolução de problemas, como um aparato que lide com

sentimentos e emoções dos futuros médicos. Ainda, corrobora-se o fato de que os médicos não precisam agir sozinhos. Há uma equipe interdisciplinar que pode auxiliá-los nesta árdua tarefa; trocando experiências, falando sobre os sentimentos e participando ativamente em prol dos familiares. Evidencia-se, também, a necessidade de cursos de atualização para que os médicos já formados possam realizar uma reflexão acerca dos seus sentimentos, no intuito de uma assistência integral ao paciente.

Referências

- Araújo, M. M. T. de, & Silva, M. J. P. da (2012). O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 121-9.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70 (Original publicado em 1977).
- Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2009). Hospitalización en unidad de terapia intensiva y la familia: perspectivas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27(1), 15-21.
- Borges, R., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2011). A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 461-72.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1996). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução N° 196/96*. Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Decreto n° 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Recuperado em 22 março, 2011, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
- Cano, D. S. (2008). *O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: Vivências, Concepções e Estratégias de Enfrentamento Psicológico de médicos oncologistas*. Florianópolis, 180 p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Díaz, F. G. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: Recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-459. Recuperado em 30 de abril de 2011 de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es.

- Fontanella, B. J. B, Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1): 17-27.
- Fornaziero, C. C., Gordan, P. A., & Garanhani, M. L. (2011). O Processo de Ensino e Aprendizagem do Raciocínio Clínico pelos Estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(2), 246-253.
- Freud, S. (1995). Os Chistes e sua relação com o Inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud v 8*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905)
- Freud, S. (1996). Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud v 23*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar um projeto de pesquisa* (5a ed.). São Paulo: Atlas. (Obra original publicada em 1987).
- Grinberg, M. (2010). Comunicação em oncologia e bioética [Editorial]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(4), 375-393.
- Grosseman, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 301-308.
- Jucá, N. B. H., Gomes, A. M. A., Mendes, L. S., Gomes, D. M., Martins, B. V. L., Silva, C. M. G. C., Lino, C.A., Augusto, K.L., Caprara, A. (2010). A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 57-64.
- Kóvacs, M. J. (2011). Instituições de Saúde e a Morte. Do Interdito à Comunicação. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(3), 482-503.
- Kóvacs, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-57.
- Lottenberg, C. L. (2010). Prefácio. In: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA.

- Lucchese, A. C., Abud, C. C., & De Marco, A. A. (2009). Transferências na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(4), 644-647.
- Lucchese, F. A., & Ledur, P. F. (2008). *Comunicação médico-paciente: um acordo de cooperação*. Porto Alegre, RS: AGE.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. (Obra original publicada em 1992).
- Ministério da Saúde. Brasil. (2001). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Manual PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othero, J. C. B., Machado, F. O., Piva, J. P., Dias, M. D., Verdeal, J. C. R., Rocha, E., Viana, R. A. P. P., Magalhães, A. M. P. B., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428.
- Neves, S. F. B. C., Dantas, M. P., Bitencourt, A. G. V., Vieira, P. S., Magalhães, L. T., Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., Messeder, O. H. C. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 33-37.
- Ostermann, A. C., & Souza, J. de. (2009). Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. *Caderno de Saúde Pública*, 25(7), 1521-1533.
- Penello, L., & Magalhães, P. (2010). Comunicação de Más Notícias: Uma Questão se Apresenta. In: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: INCA. pp. 23-35.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1), 33-37.
- Peruzzolo, A. C. (2006). *A comunicação como encontro*. Bauru, SP: Edusc.
- Quintana, A. M. (2009). Morte e formação médica: é possível a humanização? In: Franklin, S. S. *A arte de morrer. Visões Plurais*. v. 2. Bragança Paulista, SP: Comenius.
- Rossi-Barbosa, L. A. R., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes, S. S., & Caldeira, A. P. (2010). A Percepção de Pacientes sobre a Comunicação não Verbal na Assistência Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 363-370.
- Silva, C. M. G. C. H., Rodrigues, C. H. S., Lima, J. C., Jucá, N. B. H., Augusto, K. L., Lino, C. A., Carvalho, A. G. N., Andrade, F. C. de, Rodrigues, J. V., Caprara, A. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE) *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 1457-1465.

- Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado em 14 de abril, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.
- Weiszflog, W. (Ed.). (2009). *Dicionário Michaelis*. São Paulo: Melhoramentos.
- Zaidhaft, S. (1990). *Morte e Formação Médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

ARTIGO 2

(DES)SINTONIAS DA COMUNICAÇÃO: A MÁ NOTÍCIA NO OLHAR DOS FAMILIARES⁴

**Daniela Trevisan Monteiro⁵
Alberto Manuel Quintana⁶**

Títulos completos e abreviados

**(DES)SINTONIAS DA COMUNICAÇÃO: A MÁ NOTÍCIA NO OLHAR DOS
FAMILIARES**

(DES)SINTONIAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA

**(DIS)TUNINGS IN COMMUNICATION OF BAD NEWS IN THE EYES OF FAMILY
(DIS)TUNINGS IN BAD NEWS COMMUNICATION**

**(DIS)AFINACIONES DE COMUNICACIÓN: LAS MALAS NOTICIAS A LOS OJOS
DE LA FAMILIA**

(DIS)AFINACIONES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

⁴ Artigo formatado segundo as normas da revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Qualis A2. Cabe ressaltar que este artigo compreende um número de laudas superior ao indicado pelo periódico, para submissão. Esta questão será retomada após a apreciação da Banca de Defesa da Dissertação.

⁵ Psicóloga. Mestranda em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: daniela.trevisan.monteiro@gmail.com.

⁶ Psicólogo. Doutor em Psicologia. Docente do Departamento de Psicologia da UFSM.

Resumo

Este artigo traz um estudo qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, onde o objetivo foi compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma Unidade de Tratamento Intensivo para adultos, na perspectiva de familiares de pacientes internados. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observações para a coleta de dados. Onze familiares participaram das entrevistas. A análise foi realizada através da análise de conteúdo. Os resultados destacaram que os familiares possuem dificuldades de compreender a comunicação passada pelos médicos, devido à angústia que o momento gera para estes. Na maioria das vezes essa compreensão não é checada pelos médicos, resultando diferença no que foi informado e no que o familiar de fato entendeu. Concluiu-se que a comunicação de notícias ganha lugar secundário no percurso terapêutico. Nesse sentido, os familiares necessitam de um espaço de troca e acolhimento nesse momento de internação, visto que eles também se encontram fragilizados pela situação.

Palavras-chave: Comunicação; Psicologia Hospitalar; Relações Profissional-Família.

Abstract

This article presents a qualitative study of an exploratory and descriptive nature, where the purpose was to understand the process of bad news communicating in the context of an Intensive Care Unit for adults, from the perspective of family members of patients. We used semistructured interviews and observations to collect data. Eleven families participated in the interviews. The analysis was performed by

analysis of content. The results highlighted that the families have difficulties to understand the communication performed by doctors in the distress of that moment. Most often this understanding is not checked by doctors, resulting difference in what was reported and what the family really understood. It was concluded that the reporting of news wins secondary role in the therapeutic journey. However, family members need a space of exchange and hosting at this moment of admission, since they are also weakened by the situation.

Keywords: Communication, Hospital Psychology, Professional-Family Relations.

Resumen

En este artículo se presenta un estudio cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, donde el objetivo fue comprender el proceso de comunicar las malas noticias en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos para adultos, desde la perspectiva de los familiares de los pacientes. Se utilizó entrevistas semiestructuradas y observaciones para recopilar datos. Once familias participaron en las entrevistas. El análisis se realizó por análisis de contenido. Los resultados destacaron que las familias tienen dificultades para entender la comunicación realizada por los médicos debido a la ansiedad que el momento genera para ellas. Más frecuentemente este conocimiento no se comprueba por los médicos, resultando la diferencia en lo que se informa y lo que la familia realmente entendió. Se concluyó que los informes de noticias ocupa el segundo lugar en la trayectoria terapéutica. Sin embargo, los miembros de la familia necesitan un espacio de intercambio y de acogida en el momento de la admisión, ya que también están debilitados por la situación.

Palabras clave: Comunicación, Psicología Hospitalaria, Relaciones profesional-familia.

Introdução

A comunicação pode ser aludida como a possibilidade de produzir entendimento através do diálogo, dos atos cotidianos de fala que ocorrem nas relações interpessoais. Dessa forma, a comunicação é competência para a produção da assistência em saúde, comprometida com a humanização. Portanto, o processo comunicacional, no contexto da humanização, remete à expansão de competências comunicativas que formam a base de um cuidado, onde diferentes sujeitos desse cenário possam se reconhecer e se implicar (Deslandes & Mitre, 2009). Destaca-se a importância da comunicação para o estabelecimento da conduta, principalmente, por se considerar que à frente do médico se encontra uma pessoa em estado emocional regressivo. Logo, a confiança no médico e o sucesso terapêutico estão relacionados com uma boa comunicação entre profissional da saúde e paciente (Rossi-Barbosa, Lima, Queiroz, Fróes & Caldeira, 2010).

No entanto, a comunicação é afetada por diferentes eventos, oriundos do processo de internação, que ocasionam uma trama comunicacional onde a equipe e a família podem ficar aprisionados, não permitindo que, de fato, se realize uma comunicação eficaz (Nieweglowski & Moré, 2008). Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a comunicação é um processo pertinente à percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo, igualmente, a comunicação não verbal da equipe de saúde e a relação médico/paciente e família. Participam do processo de comunicação na UTI os pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com

proximidade afetiva (Moritz et al., 2008), associando-se o contexto de UTI enquanto espaço de cuidado específico.

Frente às particularidades da UTI, como, por exemplo, a comunicação do médico ocorrer exclusivamente com os familiares acompanhantes e não com os pacientes, faz-se necessário discutir as características desse setor.

As UTIs surgiram em decorrência da necessidade de aperfeiçoamento das condições ambientais e recursos materiais e humanos, para o atendimento a pacientes graves, porém, recuperáveis (Bettinelli & Erdmann, 2009). Esta unidade é considerada um subsistema aberto, com características específicas que, junto com outros subsistemas, compõem um sistema maior que é a instituição hospitalar (Nieweglowski & Moré, 2008). Dessa forma, o ambiente da UTI deve proporcionar condições de observação, cuidado e assistência médica continuada. Constitui-se em local ideal para a prestação de cuidados aos pacientes agudos que possam ser favorecidos pela tecnologia para a recuperação da saúde. Por sua vez, o ambiente é considerado como altamente estressante, frio, agressivo e traumatizante para o paciente e os familiares (Bettinelli & Erdmann, 2009).

Geralmente a hospitalização de um familiar em UTI acontece de forma aguda e inesperada. Essa situação repercute na família e altera o seu cotidiano. Os familiares que vivenciam a situação de crise passam por uma desorganização das relações interpessoais, por problemas financeiros, além do medo da perda do ente querido. Esse desequilíbrio familiar também é observado pela diminuição de horas de sono, distúrbios na alimentação e utilização de ansiolíticos (Urizzi et al., 2009). Dessa forma, por ser a realidade da internação uma situação desconhecida, assustadora e rodeada de incertezas, é geradora de forte impacto para a família. Frente a isso, o contato com o ambiente hospitalar, com outros pacientes, o paciente

envolto por aparelhos assim como procedimentos invasivos, causam mal estar na família (Beuter, Brondani, Szareski, Cordeiro & Roso, 2012). Neste sentido, uma vez que a família se depara com um ambiente e pessoas desconhecidas, com muitos procedimentos e máquinas que assustam e fogem de sua compreensão, sua expectativa e ansiedade aumentam, por vezes permanecendo até o fim da internação. A pesquisa de Almeida et al. (2009), que visou compreender os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na UTI em um hospital público, obteve como resultados que os sentimentos mais recorrentes trazidos pelos familiares são: ansiedade; preocupação; angústia e tristeza; impotência; dor e mágoa; perda; medo e pânico; insegurança; fé e esperança.

Estes sentimentos, aliados à falta de explicação por parte da equipe de saúde sobre o que está acontecendo, geram sensação de impotência, apreensão, desespero e desconforto. Todo esse desconhecimento aumenta a preocupação do familiar acompanhante (Beuter et al., 2012). Portanto, é preciso que a equipe de saúde, para poder direcionar melhor suas ações, conheça e aborde os sentimentos da família que, diante de tantos fatores, também corre o risco de adoecimento. Esse conhecimento permitirá que haja uma melhor adaptação desse familiar acometido por um grave problema de saúde (Almeida et al., 2009).

Neste cenário, deve-se ponderar que os familiares de pacientes críticos não são apenas meros visitantes da UTI. Para tanto, é importante que se conheçam as necessidades e o grau de satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI, pois estes são parâmetros importantes para que se possa avaliar a comunicação neste ambiente (Neves et al., 2009).

No que concerne à comunicação de más notícias, esta é conceituada como aquela que, drástica e negativamente, altera a perspectiva do paciente e de seus

familiares em relação ao seu futuro. Como resultado, tem-se uma desordem emocional e de comportamento, que persiste por certo período de tempo após o recebimento da má notícia (Díaz, 2006). Entretanto, por ser uma tarefa considerada estressante, muitos médicos a evitam ou realizam de forma inadequada, o que traz consequências negativas para pacientes e familiares. Constitui-se em um momento desagradável, tanto para o paciente ou familiar que recebe uma má notícia, como para o médico que a comunica. Isto porque ele se encontra em uma situação onde precisa lidar com as emoções do paciente e suas reações. Igualmente a relação com a família pode ser fonte adicional de estresse (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara, 2011). Os médicos sentem grande responsabilidade, ansiedade e medo de julgamentos negativos quando é preciso comunicar más notícias. A maneira como estas são comunicadas interfere na compreensão do paciente, satisfação com o cuidado médico, grau de esperança e adaptação psicológica (Miceli, 2009). Devido às dificuldades apresentadas pelos médicos tem-se como efeito comunicações de más notícias transmitidas de forma estritamente técnica, levando-se em consideração apenas aspectos biológicos do processo de saúde-doença.

O corpus deste estudo traz resultados de uma pesquisa maior, realizada com médicos e familiares de pacientes internados em UTI, que teve como objetivo compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto da uma UTI para adultos, na perspectiva dos médicos e familiares envolvidos na situação de internação.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo (Minayo, 1992/2010), de caráter exploratório e descritivo (Gil, 1987/2010). Na pesquisa com método qualitativo o pesquisador busca o significado das coisas, pois este tem um papel organizador nas pessoas. As coisas, como aqui referido, são: fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos e assuntos. Para tanto, conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde-doença auxilia em melhor qualidade da relação profissional-família-instituição; gera maior adesão dos pacientes e da população aos tratamentos individuais e medidas coletivas; bem como, colabora para a compreensão dos sentimentos, ideias e comportamentos de pacientes, familiares e equipe de saúde (Turato, 2005).

Participantes

Participaram da pesquisa 11 familiares acompanhantes de pacientes internados na UTI de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul, sendo dez do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades de 20 a 62 anos. Em relação ao grau de parentesco com o paciente internado, pode-se citar: um esposo e quatro esposas, três filhas, duas irmãs e uma mãe.

Foram incluídos na entrevista aqueles familiares que estavam acompanhando sistematicamente o processo de internação e que já tinham conversado com o médico, pelo menos uma vez, e recebido uma comunicação de más notícias. O número de entrevistados seguiu o critério de saturação da amostra. De acordo com Turato (2003) a amostragem por saturação acontece quando novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo após as informações serem coletadas com certo número de sujeitos. Pode-se falar em uma

homogeneidade ampla que acontece no grupo estudado, pois esta define a situação correspondente pela soma de características em comum aos sujeitos que fazem parte da amostra. Com isso, a avaliação da saturação acontece concomitante à análise de dados, tendo início logo no começo do processo de coleta (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Os dados coletados contemplaram entrevistas semiestruturadas e observação não-participante registrada em diário de campo. Para Turato (2003) a entrevista é um instrumento importante de conhecimento interpessoal, que possibilita a apreensão de diferentes fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial da totalidade do sujeito entrevistado. Assim, a entrevista não é apenas um trabalho de coleta de dados, é uma interação, onde as informações passadas pelos sujeitos podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (Minayo, 1992/2010). Já o conceito de entrevista semiestruturada, a que Turato (2003) se refere como semidirigida, acontece pelo motivo de que ambos os integrantes da relação possuem momentos para direcioná-la, concebendo benefícios para reunir os dados de acordo com os objetivos propostos. A entrevista semidirigida pode ser considerada como um guia temático que serve como roteiro para o encontro, dessa forma, as perguntas devem motivar um discurso (Fontanella, Campos & Turato, 2006). Já a observação permite que o sujeito da pesquisa possua seu comportamento global capturado. Pode-se observar o estilo e as alterações psicológicas e formais da fala como: interposição de momentos de silêncio, fala embargada, inibição e desinibição, atos falhos, entre outros (Turato, 2003).

Os participantes foram abordados após o horário de visita na UTI. Inicialmente foram esclarecidos sobre a temática e os objetivos do estudo, seus riscos, benefícios e sigilo, sendo, posteriormente, realizado o convite para a participação na pesquisa. Após as explicações sobre a pesquisa, quando aceito o convite, solicitou-se o consentimento verbal e escrito, tanto para a fase de observação quanto para as entrevistas.

Para a ambientação do pesquisador, as observações ocorreram sistematicamente por um período de 45 dias. Turato (2003) apontou que as idas de aculturação e ambientação ao campo são essenciais para estabelecer relações com os habituais do ambiente (equipe de saúde e usuários). Assim, a ambientação deve ser entendida como o processo de adaptar-se ao local institucional onde acontecerá a pesquisa de campo, buscando, impreterivelmente, a adequação pessoal às atividades rotineiras da instituição, conhecendo as pessoas habituais do lugar, a distribuição espacial das tarefas desenvolvidas e o arranjo cronológico. Já a aculturação é um fenômeno mais amplo, pois se refere ao processo de assimilar ideias e costumes de uma sociedade onde se fica imerso temporariamente.

Foi presenciado, nos 14 dias de observação, um total de 121 comunicações do médico ao familiar. Em cada dia de comunicação ocorriam, aproximadamente, nove comunicações, considerando os familiares dos nove leitos da UTI. Houve dias em que não tinha familiar presente para conversar com o médico, por isso o número de comunicações é menor que a mera multiplicação dos dias com o número de leitos. Ainda, considerando as nove comunicações diárias, pelo menos uma sempre se referia à má notícia.

O tempo de observação das comunicações foi importante para poder observar a forma de comunicação de más notícias de todos os médicos da unidade,

contemplando o objetivo geral da pesquisa a qual este artigo foi baseado. Na UTI onde se deu o estudo, atuam 12 médicos, logo, em algumas comunicações observadas, o médico participou mais de uma vez.

Para a observação na UTI foram utilizados os seguintes eixos norteadores: interação entre os membros da equipe de saúde; tratamento aos pacientes; referências às doenças; comunicação entre os membros da equipe de saúde; *round* da equipe de saúde. Já para a observação do momento da comunicação na relação médico-familiar foram considerados os eixos: processo de comunicação; comportamentos subjetivos dos médicos; comportamentos subjetivos dos familiares; reações dos familiares frente à notícia.

Quanto à entrevista, esta era realizada em uma sala da unidade já previamente disponibilizada para a pesquisa. O momento para a realização da entrevista foi escolhido pelos participantes, sendo realizada de forma individual e sigilosa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

As entrevistas foram compostas por eixos norteadores, ou seja, um roteiro que possui como intuito orientar a conversa com uma finalidade (Minayo, 1992/2010). São eles: chegada ao hospital; ingresso na UTI; experiência da internação de um familiar; relação estabelecida com médicos e com a equipe de saúde; experiências de receber más notícias; avaliação da conduta médica ao dar más notícias; impressões e sentimentos gerados ao receber as más notícias; avaliação do processo de comunicação; e, melhor forma de comunicar más notícias.

Procedimentos de análise dos dados

As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977/2008) e Turato (2003). Esta é conceituada como um conjunto de

técnicas de análise de comunicação que possui o intuito de obter, através de procedimentos de descrição do teor das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens (Bardin, 1977/2008). Neste sentido, Turato (2003) apontou a análise de conteúdo como a maneira em que o sentido de um documento pode ser transformado com o objetivo de lhe proporcionar um significado, levando em consideração as palavras previamente escolhidas pelo pesquisador, a frequência de recorrência de determinados termos, aparato e andamento do discurso. Dessa forma, é através da análise de conteúdo que se pode realizar inferências a partir dos registros obtidos, por exemplo, nas entrevistas. Produzir inferências significa construir conhecimentos subjacentes a certa mensagem, e a partir disso, ancorá-la dentro de referenciais teóricos, situando-se em um modelo acadêmico (Campos & Turato, 2009).

Para essa análise foi realizada uma leitura flutuante do material coletado, que consiste em um estabelecimento de contato com o material e conhecimento deste, permitindo-se impregnar-se pelas impressões e orientações (Bardin, 1977/2008). A seguir os dados foram categorizados. Campos e Turato (2009, s.p.) inferiram que: “O processo de categorização pode ser entendido como um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões, referentes à realização da análise de dados”. Considera-se um processo didático devido ao intuito de se dar certo ordenamento para que a apresentação dos dados se torne mais aceitável, dentro dos padrões de concepção do fenômeno pelo pesquisador; e, científico, por ser embasado por conhecimentos teóricos (Campos & Turato, 2009).

Para a classificação dos dados foram utilizados os critérios de repetição e relevância dos pontos constantes no discurso dos entrevistados (Turato, 2003). Para este autor, o critério de repetição constitui-se na atividade de diferenciar, pondo em

evidência as colocações recorrentes, analisando todas as emergentes do discurso do sujeito; o critério da relevância põe em destaque algo falado sem que, necessariamente, ofereça uma repetição no conjunto do material coletado, mas, que para o pesquisador constitua-se em um discurso rico em conteúdo que refute ou confirme as hipóteses prévias da investigação. Assim sendo, transforma-se o material bruto em dados trabalhados/lapidados a fim de permitir a compreensão das falas pelos sujeitos. Destarte, a apresentação dos resultados aparece claramente em uma forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, que foram assim preparadas através de discussão, inferências e interpretações do material (Turato, 2003).

Considerações e aspectos éticos

Foram seguidas todas as recomendações éticas propostas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Dessa forma, os entrevistados tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com termo de consentimento. Apenas os familiares que receberam ao menos uma comunicação de más notícias participaram das entrevistas, no entanto todos os que estavam presente nas comunicações assinaram o termo de consentimento. Para manter o anonimato dos participantes, os nomes foram trocados pela letra F, seguida, sistematicamente, de um número identificador e da idade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde a pesquisa foi realizada, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0367.0.243.000-11

Resultados e discussão

Dentre os resultados obtidos através da análise dos dados, apresenta-se, a seguir, as categorias criadas por temas de relevância que remetiam às vivências dos familiares frente à comunicação.

UTI: Sentimentos e reações dos familiares frente à internação

A UTI possui características tecnológicas e científicas que deixam evidente a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade pelos profissionais que trabalham com terapia intensiva. Esta priorização é importante para suporte à manutenção da vida, porém, torna secundários os demais aspectos do desenvolvimento do processo (Bettinelli & Erdmann, 2009). Nesta pesquisa, pode-se citar como considerado secundário o processo de comunicação de más notícias na relação médico-familiar. É sabido que o recebimento de uma má notícia traz consequências à vida de pacientes e familiares que vivenciam esta situação. Neste escopo, a comunicação de más notícias é um momento que gera angústias, tanto em quem comunica quanto para quem a recebe. O relato a seguir ilustra a potencialidade desta situação, envolvendo uma familiar que recebeu a notícia de que o seu pai iria para a UTI:

Aí tu recebe assim aquela bomba, assim, de uma hora para a outra. É estranho. Tipo, mudou a nossa vida assim, [...], deu um giro e a gente tá, parece que, enquanto ele tá aqui, assim, a gente não tem uma resposta, uma coisa assim, parece que acabou tudo (F1, 26 anos)

A hospitalização é um desafio tanto para o paciente quanto para o familiar. É um momento onde a família se sente aflita frente à situação de estado crítico em que

seu parente se encontra. O sentimento de preocupação é gerado pelas dúvidas sobre a doença e seu prognóstico (Almeida et al., 2009). Tem-se, ainda, o fato de que geralmente a hospitalização de um familiar ocorre de forma aguda e inesperada, fato que repercute na família, modificando o seu cotidiano. A situação de crise vivenciada pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais ocasionadas pela distância física do paciente, por problemas financeiros e medo de perda da pessoa amada (Urizzi et al., 2008). Assim, essa comunicação sobre a hospitalização na UTI acentua o sofrimento do familiar, visto que a UTI é um lugar que possui um significado cultural, constituindo-se em um ambiente que as pessoas associam uma relação com a morte (Bettinelli & Erdmann, 2009), como explanam os próximos relatos:

Eu pensava assim em ir para a UTI, eu me desesperei, eu chorei, sabe, porque a primeira impressão que dá é assim: “Meu Deus, ele está morrendo”, né. Aí, foi bem ruim, assim (F1, 26 anos)

Ah! Para mim a UTI é só para aquelas pessoas que estão bem mal, né! É o que a gente ouvia falar, né. É o que eu penso. (F2, 41 anos)

Apesar de haver a crença de que o ambiente da UTI é sinônimo de morte para todos os pacientes que lá internam (Bettinelli & Erdmann, 2009), foi igualmente apontada no decorrer do tempo de internação, por alguns familiares participantes da pesquisa, uma satisfação pelo fato do familiar estar internado na UTI. Isso foi interpretado através da consideração de que os pacientes entram primeiramente no pronto socorro, por não haver leitos suficientes na UTI do hospital pesquisado para o atendimento da demanda. Sempre há fila de espera para ingresso na UTI. Sabe-se que no pronto socorro de muitos hospitais a situação é caótica. De acordo com Ohara, Melo e Laus (2010) o pronto socorro é descrito como uma unidade com

infraestrutura precária, algumas vezes, com uma planta física inadequada, o que, conseqüentemente, gera um atendimento insatisfatório. Por vezes, há macas nos corredores, o que contribui para dificultar o atendimento e refletir o excesso de demanda (Ohara, Melo & Laus, 2010). Essa demanda excessiva de pacientes se deve, principalmente, pelo fato de o pronto socorro ter sido concebido como opção prioritária a se recorrer na rede de atenção à saúde, uma vez que os serviços de atenção básica, na maioria das vezes, não têm se mostrado eficientes em seu atendimento (Dal Pai & Lautert, 2011). Como resultado tem-se que pacientes que necessitam da UTI acabam permanecendo, por algum, tempo internados no pronto socorro, como demonstram os relatos:

Eu sei que daí ele foi para o P.A. [...] Ele não estava conseguindo vaga na UTI. [...] Mas, igual ele estava sendo tratado ali, com toda a medicação, foi intubado, e tudo, como se estivesse em uma UTI. Mas, eu acho que mesmo assim, acho que aqui [no pronto socorro] ele estava só piorando. Não estava havendo melhora nenhuma. De noitizinha o médico veio para a UTI, tem que entrar, né, que precisava de um leito [...]. Porque acho que lá o paciente só vai piorando, do que melhorando.
(F3, 37 anos)

[...] faltou dois dias, para fechar o mês, bem certinho, no PA. Ali ela fez todos os exames, tudo, até, inclusive, ela teve um, como é que vou te dizer, uma,... ela ficou chateada, acho foi quando começou a piorar a situação dela, por causa que uma enfermeira não aplicou a medicação que a médica havia falado [...]. Dali pra frente só foi piorando a situação, foi, foi foi, até que no dia 3, dia 2, se não me engano, deu um enfarte nela. É, foi quando levaram ela lá para cima, na UTI, lá. (F4, 38 anos)

O que se percebe dos relatos é que, paradoxalmente à representação da ligação da UTI com a morte, acaba sendo um alívio para o familiar quando o paciente consegue um leito e é transferido para a unidade:

Só que daí depois, ele saiu da cirurgia, ficou ali, na sala de recuperação, e ali, a gente via que ali não era o lugar que ele estava necessitando, porque estava demais as pessoas ali, então eu já estava dando graças a Deus no momento em que ligassem, ou que conseguissem um leito para ele na UTI. Aí, ... não sei, acho que depende do momento, né. É como tu vê as coisas, né. Quando ele estava no quarto, tá, a gente estava ali conversando e tudo bem, nem pensar em UTI. Deus o livre, né. [...]. Mas, depois quando ele já estava bem ruim e que precisava, a gente queria mesmo que ele fosse, né. (F1, 26 anos)

Neste relato, fica clara a variação frente ao significado da UTI, quando se observa a expectativa anterior do familiar para com seu paciente. Enquanto ele é visto dentro de um quadro estável e não se acredita na possibilidade de morte, então a indicação para a UTI é vista significando um risco de morte ligado à própria representação do local. No entanto, quando o familiar percebe que o paciente está em estado grave, ir para a UTI é visto como uma possibilidade de salvação.

Eu achei, o seguinte, que foi a única solução para ela, sobreviver, para mim, a única alternativa que eu achei, que ela sobreviveu, foi ali. Se não fosse a UTI, acho que nessas alturas ela nem existisse mais. Foi o que eu achei, foi o que eu achei. Eu vi que o caso era feio. Então agora já me acho mais aliviado, ela se acordou. (F5, 62 anos)

Segundo pesquisa dos autores Marques, Silva e Maia (2009), que objetivou avaliar a comunicação entre o profissional de saúde e os familiares dos pacientes internados em UTI, os familiares reconheceram a UTI como um lugar complexo e

assumiram o preconceito de que seria um lugar para morrer. Depois de algum tempo passam a reconhecer que, embora seja um local onde se cuida de pacientes graves e que exige atenção constante, é um local com alta qualidade e complexidade do serviço prestado, fato esse que aumenta as chances de sobrevivência e superação dos estados críticos. Dessa forma, mesmo com a falta de esclarecimento da equipe, os familiares se sentem seguros ao perceberem que o paciente dispõe de aparelhos tecnológicos, assim como dos serviços da equipe de saúde (Beuter et al., 2012).

Familiares na sala de espera: antecipação à comunicação e a espera por notícias

Anteriormente à comunicação com o médico, os familiares se reúnem na sala de espera, aguardando o momento de ser chamado. Este é um momento em há uma troca de histórias com os familiares de outros pacientes e apoio mútuo.

Acaba sendo um convívio, né, a gente está ali, esperando para subir, então a gente acaba se apoiando, uma pessoa na outra né, a gente ficar escutando as histórias, é uma forma da gente se fortalecer, né. Às vezes a gente acha que é só com a gente, às vezes o nosso familiar está em estado ruim, mas, tem gente que está pior ainda, e a pessoa está ali, né, sendo forte. Então é uma forma de tu conseguir tirar força, né. (F6, 20 anos)

Sabe que hoje ela abriu os olhos? (F5, 62 anos)

Abriu os olhos vizinho, então é sinal que ela já está boa. (F2, 41 anos)

Esse momento se configura como uma antecipação à comunicação, pois os familiares, no seu entendimento leigo, trocam as informações que consideram relevantes. O conhecimento do quadro de outros pacientes faz com que o familiar reflita sobre o momento que está passando e se sinta amparado no seu sofrimento.

Há de ser considerado ainda o fato de que não só o paciente sofre com o isolamento social, mas, seu familiar acompanhante também, uma vez que se afasta do seu convívio cotidiano durante o período da internação (Beuter et al., 2012). Assim, é necessário considerar que, em meio aos aparelhos e alta tecnologia, é importante buscar situações de humanização. Para tanto, é preciso que estas ocorram para além do paciente, incluindo a família, uma vez que esta faz parte desse universo assistencial de saúde e possui uma demanda de atenção (Urizzi et al., 2008). Dessa forma, sentimentos como solidariedade, compaixão e confiança, emergem no cuidado do familiar internado ou de outros pacientes que não possuem acompanhantes, contribuindo para um melhor enfrentamento da situação (Beuter et al., 2012).

Frente a esses anseios, muitos questionamentos emergem por parte da família. Um deles refere-se ao fato de que na UTI as melhoras demoram a acontecer. Nesse ínterim a falta de notícias ou a mesma informação dada todos os dias é igualmente fonte de angústia para os familiares, como se percebe no relato a seguir:

Dizem que estava o mesmo quadro dela, a mesma coisa. O coração dela está fraquinho, né, também. Eles falaram que estava no mesmo estado, mesma coisa [...]. Foi o que eles falaram. (F7, 42 anos)

[...] porque até tu não ter uma notícia ali, para saber que ele está, ... que aquela ali que está na mesma, que não teve melhora, ainda, a gente fica com aquela coisa, [...]. Que vamos, até quando, né. Hoje, fiquei pensando comigo, também, até quando a gente vai ficar assim? Sem saber notícia, alguma coisa que de melhor, que dele, porque o quadro dele é bem (F3, 37 anos)

Nesta fala a irmã do paciente se refere ao fato de que na UTI as notícias demoram a se tornarem diferentes, ou seja, geralmente o médico comunica que o quadro do paciente continua estável ou grave, sem ter mudanças significativas de um dia para o outro. Portanto, essa familiar esperava uma notícia diferente sobre seu irmão. Neste caso, poder-se-ia questionar para quem é a má notícia. Pois, a situação de não haver mudanças no prognóstico do paciente já estava sendo uma má notícia para a familiar.

Assim, comunicar más notícias é um momento que gera estresse para médicos e familiares. Em contrapartida, deve-se considerar que o familiar se encontra em um momento de angústia. O médico já passou por esta situação de comunicação diversas vezes, no entanto, pode ser a primeira vez para o familiar, acentuando seus sentimentos em relação a esta vivência.

O (des)entendimento dos familiares sobre as más notícias

Esta categoria versa sobre o entendimento dos familiares frente à comunicação de más notícias. Em situações de diagnóstico e/ou prognóstico negativos, percebeu-se que, apesar do médico comunicar de forma clara, o entendimento dos familiares era vago, sendo agravado quando o médico se utilizava de termos próprios da profissão. Desta maneira, se os médicos possuem dificuldades em comunicar, principalmente, no que concerne a más notícias, os familiares possuem dificuldades de compreender as informações. Isto ocorre tanto devido à natureza destas informações quanto à maneira como estas são comunicadas pelos médicos (Miceli, 2009).

Primeiro falou com o médico que ele tinha consultado que solicitou a endoscopia, e daí disse, oh, o senhor tem uma feridinha aqui, sabe, falou assim. Mas, eu vou lhe passar para um especialista desta área. O senhor consulta hoje mesmo. [...] Aí este outro já era o cirurgião desta parte, e daí, este sim, este falou que: “o senhor está com câncer no estômago e o senhor vai ter que operar o quanto antes”. O primeiro, por não era muito assim a área dele, não sei, também, daí ele não quis dar a notícia direto, assim. Daí o outro já foi mais (F1, 26 anos)

A percepção deste familiar é de que o médico que não era da especialidade da oncologia não deu a notícia de câncer, referindo-se a uma ‘feridinha’. O fato de utilizar outra palavra para substituir a palavra câncer pode prejudicar o entendimento do paciente ou do familiar sobre o real entendimento de uma doença grave. Em contrapartida, quando o médico oncologista se utiliza da palavra que é própria do diagnóstico, percebe-se que a filha do paciente não estava preparada para ouvir. No primeiro momento o diagnóstico real foi negligenciado, porém, no segundo momento foi comunicado abruptamente. Para Lino et al. (2011) quando as informações são comunicadas de forma brusca, podem causar um impacto traumatizante ao paciente e/ou familiar, que passa a ver o médico como um inimigo ao invés de um aliado. Em contrapartida, quando amenizadas demasiadamente, a comunicação sobre o diagnóstico e o prognóstico podem oferecer falsas esperanças.

Em pesquisa realizada com 396 pacientes com câncer, encaminhados por 76 médicos para ambulatório especializado em oncologia cirúrgica, foi percebido que o índice de omissão do diagnóstico foi de 28,5%, ou seja, 113 pacientes. Em 94 casos este índice ocorreu entre médicos não especialistas da área de oncologia. Isto evidencia que a efetivação da comunicação não é fácil para o médico, principalmente quando se refere a más notícias, como o diagnóstico de

enfermidades progressivas que, muitas vezes, são consideradas incuráveis por médicos e pacientes (Gomes, Silva & Mota, 2009). Ainda, nos casos em que a doença é diagnosticada em estágios avançados, existe falta de preparo dos profissionais para realizar a comunicação e dar suporte emocional necessário aos pacientes e/ou familiares. Esta situação gera silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas, que provocam prejuízos na relação terapêutica e sofrimento tanto para pacientes e familiares quanto para os médicos (Lottenberg, 2010).

Tava sangrando por ali e eu perguntei para a enfermeira o que que era aquilo, né, e ela me disse que não podia falar nada, que era o médico só que podia falar. Aí chegou o médico e veio me dizer, que não sabiam o que iam fazer, que, de repente, com aquela hemorragia nela, que ela não passava de vinte dias, que, de uma hora para a outra podia vim a óbito, né. Ah, eu me desesperei, digo, como, né? Ontem ela tava tão bem. Eu não sei se foi a maneira com que ele falou, pra gente, assim, tipo, estúpido, frio, porque uma pessoa tá vendo o sofrimento da gente, chega e assim, do nada, te falar aquilo, né? (F4, 38 anos)

Ocorre então que a comunicação realizada pelo médico faz emergir diferentes sentimentos nos familiares. No caso desse relato, pode-se citar Kübler-Ross (2008) que considerou que especificar o número de meses ou anos de vida é a pior conduta com qualquer paciente. Essas informações são inexatas e as exceções fazem parte da regra, portanto, não se pode levá-las em consideração. A familiar F4 demonstrou revolta por uma comunicação abrupta, que informou dias de vida de sua mãe e deixou claro que não estava preparada para receber uma informação desse tipo, visto que acreditava que sua mãe estava melhorando. Assim, demonstra-se o quanto a comunicação pode desconsiderar o outro, que, ao invés de sujeito em

interação na comunicação, transforma-se em objeto receptor das informações passadas, ou seja, não se leva em consideração os sentimentos frente ao dilema que se está vivenciando (Nieweglovski & Moré, 2008). Nestas situações a comunicação não se dá por uma troca entre emissor e receptor, e sim, como passagem de informações.

Aspira-se aqui que protocolos padronizados não remetem a todos os tipos de sentimentos que podem emergir nesse processo. Em pesquisa que objetivou avaliar o uso do modelo do protocolo Spikes para o ensino de habilidades comunicacionais na transmissão de más notícias entre alunos de Medicina do terceiro semestre da Universidade Estadual do Ceará (UECe), os resultados apontaram que este protocolo é um modelo válido para transmitir conceitos sobre comunicação. Foi considerado de grande utilidade, completo e didático, englobando os principais pontos para a comunicação de más notícias. No entanto, os alunos ainda avaliaram que há limitações, como a necessidade de ser individualizado e adaptado a cada situação; bem como o fato de que os seis passos do protocolo podem tolher a liberdade do médico ao transmitir uma má notícia (Lino et al., 2011).

Ainda, a dificuldade do entendimento leigo, quanto aos termos comumente utilizados pelos médicos, faz com que durante a comunicação os médicos se utilizem de uma linguagem mais simplória para que o familiar consiga entender. Em contrapartida, o entendimento da informação pelos familiares não é checado pelos médicos, ocasionando distúrbios entre o que se diz e o que se entende.

Ela se operou de uma mancha que ela tinha nos pulmão. Daí, os médicos, depois de uns dia depois que operou, pegou e me disse que ela tinha um pouco de pus no canto do pulmão. Aquilo ali que ele me falou. Foi a única coisa que me falou

que ela tinha uma mancha no canto do pulmão [...] Foi o que o doutor me disse, mais, não me falou mais nada. (F5, 62 anos)

Neste relato, o familiar tem conhecimento de uma mancha e um pouco de pus nos pulmões da esposa internada. Na verdade, o quadro era muito grave e diferentes comorbidades se apresentavam como diagnóstico dessa paciente, entre elas: anemia grave, diabetes, obesidade mórbida e empiema pleural (CID 10 - J86). Indiferente de se utilizar termos técnicos ou uma linguagem mais simplória, a necessidade mesmo é que se confirme se a informação dada foi entendida. Em nenhuma das comunicações observadas os médicos realizaram esta confirmação.

Mas quando eles [os médicos] conversavam comigo diziam que tinha que fazer a cirurgia, porque era um ponto positivo para ele e que ia melhorar aos poucos. Não tem previsão de ele sair da sedação. Não tem previsão de ele sair da UTI. Mas, ele está melhorando aos pouquinhos. Foi o que ela disse, que era de alto risco. (F8, 28 anos)

Neste relato, o teor da comunicação foi muito diferente do que foi compreendido pela familiar. A comunicação dos médicos era de que esposo internado estava piorando. Em contrapartida, durante as comunicações a familiar parecia não entender o que lhe diziam. Os médicos por sua vez percebiam que ela não entendia, mas não reforçavam a comunicação. O paciente veio a falecer algumas semanas depois.

Pontua-se que, por vezes, ao invés do médico realizar a comunicação, que infere que o receptor compreenda a mensagem, ele realiza apenas a passagem de informação. Essa tentativa de resolver as situações pode estar ligada ao mecanismo de defesa da racionalização. Este mecanismo parece ser incentivado durante a formação médica, pois a medicina se desenvolveu como uma ciência positivista.

Assim, para solucionar as demandas da profissão, o médico pode se focar nos problemas do paciente, no que concerne ao problema orgânico, enquanto para os aspectos subjetivos é dada menor importância (Cano, 2008).

A falta de implicação do médico em comunicar uma má notícia pode estar relacionada ao receio de um envolvimento maior. Assim, passar informações, sem que de fato se construa uma relação pode ser menos angustiante, principalmente, porque a falta de compreensão do familiar frente à gravidade da situação mantém um envolvimento mais a nível técnico em detrimento de uma relação que envolva sentimentos.

Deve-se ponderar igualmente que frente à possibilidade de perda de um ente querido, mecanismos de defesa podem ser utilizados. No relato, a esposa poderia estar se utilizando da negação para não entrar em contato com o sofrimento. Assim, faz-se importante que a equipe de saúde tenha claros os estágios pelo qual o paciente e a família vivenciam na situação de doença. Kübler-Ross (2008) descreveu cinco estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A negação funciona como um para-choque após uma comunicação inesperada e chocante. Ela é proveniente, na maioria das vezes, da comunicação abrupta ou prematura por quem não conhece bem o paciente ou familiar, ou leviana, quando o médico quer comunicar rapidamente, sem levar em consideração o preparo de quem recebe a notícia.

Também fica clara a importância da equipe de saúde estar consciente do momento que a família está vivenciando, pois em uma situação destas a família fica incapacitada para absorver as informações repassadas pelos médicos. Dessa forma, a comunicação pode ser compreendida e interpretada de diferentes maneiras. Como consequência, os familiares podem deturpar, bloquear ou negar as informações

(Nieweglowski & Moré, 2008). Isto pode aparecer, segundo Moritz et al. (2008) através de: a) omissão, que ocorre quando o familiar não possui capacidade suficiente para captar o conteúdo completo da mensagem e apenas compreende e transmite o que pode captar; b) distorção, que acontece por uma percepção seletiva, onde cada pessoa seleciona, consciente ou inconscientemente, os estímulos e informações que considera importantes e acaba por omitir as demais informações; ou, c) sobrecarga, que ocorre quando a comunicação possui um volume maior do que a capacidade de processamento do receptor. A sobrecarga gera omissão e colabora para a distorção.

Igualmente, os familiares estão mais fragilizados pela situação, portanto, uma comunicação muito objetiva, que não leva em consideração os sentimentos que emergem nesse momento, pode ser fonte adicional de estresse. Como se percebe no relato:

A gente sabe, eles cansam de falar, a gente sabe que é uma correria deles aí, né, mas assim, a gente que tá passando por isso, é uma dor tão grande, que qualquer coisa que tu fale, mesmo que tu não fale assim agressivo, qualquer coisa diga, que é um ponto negativo de pensar, ah, a mãe vai estar melhor e dá uma negação, né, uma coisa negativa, já machuca bastante. (F4, 38 anos)

Evidencia-se no relato o quanto a relação médico-familiar é desigual. O médico possui os dados e conhecimentos referentes ao problema que aflige o paciente, sabe quais são as hipóteses clínicas, o diagnóstico, o prognóstico e as opções terapêuticas. Em outra perspectiva, o paciente só pode decidir a partir da comunicação do médico. Deste modo, o comportamento deste profissional é de suma importância para o posicionamento do paciente, que pode ser tratado, tanto

como sujeito de sua vida, quanto como objeto de intervenções técnicas (Menezes, 2011).

Esperança e fé: o final da comunicação

Esta categoria emergiu pelo fato de que em todas as comunicações, ao final, os familiares traziam algum tipo de crença e esperança para além do trabalho dos médicos. É por meio da fé e da religião que os familiares buscam o conforto, uma vez que oferecem a eles uma maior esperança. Além disso, sabe-se que a religião também fornece a eles uma explicação, ajudando-os na aceitação (Almeida et al., 2009). As falas a seguir ilustram a categoria.

Graças a Deus. Com o poder de Deus e as mãos dos médicos ela vai sair daqui. (F5, 62 anos)

Espero que Deus ilumine vocês [médicos] para dar força com ele. (F2, 41 anos)

Quando os familiares vivenciam a doença de seu ente querido, podem se sentir injustiçados, questionando o porquê de estarem passando por isso. Neste cenário de sofrimento, emerge a espiritualidade, na tentativa de buscar explicações para esta vivência (Beuter et al., 2012).

Nós tamo rezando por ela ... Não uma ou duas pessoas, mas lá na igreja são 50 pessoas ... Com a força de Deus ela vai se salvar. (F5, 62 anos)

Entretanto, como pode ser intuído do relato anterior, há a esperança de que a ação da fé possa fazer com que o paciente melhore. Nas observações foi igualmente percebida a fé como algo que traz muita força para enfrentar este tipo de situação. No entanto, por vezes, a crença surgiu como uma força maior do que qualquer outra solução mais racional. Este fato ocorreu no sentido de que, por mais

que o médico comunicasse que o paciente estava piorando, o entendimento de alguns familiares era de que algo superior poderia vir a salvar o ente querido. Este episódio pôde também ser visto quando o médico pediu para a familiar F7 (42 anos) assinar uma autorização para a realização de um procedimento cirúrgico. Ao entregar o papel assinado para o médico, ela ressaltou agora que estava nas mãos de Deus. Assim, há a crença que a resolução do problema de doença pode ser dada por alguém superior.

Confio em Deus e nos médicos. Vai dar tudo certo. Sei que o que ele tem é grave, mas, Deus é todo poderoso, os médicos fazem a parte deles e Deus faz a dele, e nós vamos conseguir, com fé, que ele vai ter uma boa recuperação. (F9, 41 anos)

Tem-se então, que a fé atua sobre o imponderável. Neste sentido, pode-se inferir que o médico faz a sua parte, porém, isto não garante a cura do paciente. Algo pode dar errado, há sempre um nível de incerteza e é neste nível que a fé agiria. Logo, há o fato de que o médico faz a parte dele e a fé garantiria que tudo desse certo.

Considerações finais

Existe um enorme desgaste emocional por parte dos médicos que possuem sua rotina quase que diária relacionada a situações de doença e morte. Além disso, a comunicação de más notícias se apresenta como um agravante para o médico, que precisa lidar tanto com seus próprios sentimentos quanto com os sentimentos de quem recebe a comunicação. Tem-se, ainda, que o trabalho de médicos

intensivistas possui uma particularidade que o diferencia dos demais setores do hospital – a comunicação é feita com os familiares e não com o paciente.

Infere-se, então, que a relação médico-familiar dá-se para além de alternativas terapêuticas, visando igualmente o bem-estar e decisões acerca do tratamento. No entanto, familiares não são percebidos como agentes de suma importância no tratamento e, para tanto, a comunicação de notícias ganha lugar secundário no percurso terapêutico. A importância maior é para as decisões clínicas que o médico precisa tomar para obter um prognóstico favorável a seu paciente, o que não é errado. Porém, familiares necessitam de um espaço de troca e acolhimento nesse momento de internação, visto que eles também se encontram fragilizados pela situação.

Nesse ínterim, deve-se considerar a importância de uma rede de apoio para os familiares. A busca de apoio entre os familiares, na UTI pesquisada, acontecia em prol de um melhor entendimento desse difícil momento de hospitalização, sendo igualmente um meio de receberem algum tipo de acolhimento para suportarem juntos esta situação.

Os familiares se sentem angustiados frente à hospitalização de seu ente querido, por promover aflição e grande preocupação acerca do prognóstico. Há a esperança de uma evolução positiva no quadro do paciente internado, que nem sempre condiz com a realidade. No meio destas vivências as dúvidas são comuns, e quando não são sanadas causam crise/desorganização familiar e medo da perda. Portanto, torna-se importante que uma comunicação consistente seja realizada, permitindo alcançar uma relação médico-familiar satisfatória. Para tanto, um passo importante no que se refere à comunicação de más notícias é a confirmação de que a informação passada foi entendida. Ou seja, para além de informar é preciso ter o

retorno da compreensão das informações por parte do receptor. Dessa forma, a comunicação não é uma via de uma mão só. Ela deve ser uma via de mão dupla onde exista de fato um (com)partilhar informações. Portanto, só existe uma comunicação que é certa: aquela que é clara o suficiente para que o receptor compreenda a mensagem, e que se produz dentro de uma relação. Contudo, torna-se igualmente necessário: conhecer a pessoa para quem se comunica, suas crenças, representações acerca da doença e sua cultura; avaliar sua capacidade de compreensão das notícias; e, identificar a ligação com o parente internado, pois esta pode ser fonte adicional de sofrimento quando se refere a um parente muito próximo.

Deste estudo emerge a importância de se considerar como instância significativa a relação médico-familiar, pois esta acontece a partir da comunicação e possui laços estreitos com as más notícias. As limitações do estudo versam dentro de um número relativamente pequeno de entrevistados e por ter sido realizado em uma unidade de tratamento intensivo pequena. Portanto, estudos prospectivos devem ser realizados, principalmente, por se considerar que novas perspectivas frente à comunicação na relação médico-familiar estão sendo pensadas a fim de se buscar uma maior humanização na instituição hospitalar.

Referências

- Almeida, A. S., Aragão, N. R. O., Moura, E., Lima, G. de C., Hora, E. C., & Silva, L. A. S. M. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(6), 844-849.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70 (Original publicado em 1977).

- Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2009). Hospitalización en unidad de terapia intensiva y la familia: perspectivas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27(1), 15-21.
- Beuter M., Brondani C. M., Szarecki C., Cordeiro F. R., & Roso C.C. (2012). Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Revista Escola Anna Nery*, 16(1), 134-140.
- Brasil. (1996). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução N° 196/96*. Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Decreto n° 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Recuperado em 22 março, 2011, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009) Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clinico-qualitativa: Aplicação e perspectivas. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 17(2). Recuperado em 13 maio, 2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.
- Cano, D. S. (2008). *O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: Vivências, Concepções e Estratégias de Enfrentamento Psicológico de médicos oncologistas*. Florianópolis, 180 p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Dal Pai, D., & Lautert, L. (2011). Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Revista Escola Anna Nery*, 15(3), 524-530. Recuperado em 13 maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000300012&lng=en&tlng=pt.
- Deslandes, S. F. & Mitre, R.M.A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(Supl.1), 641-849.
- Díaz, F. G. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: Recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-459. Recuperado em 30 de abril de 2011 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es.
- Fontanella B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Fontanella, B. J. B, Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1): 17-27.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar um projeto de pesquisa* (5a ed.). São Paulo: Atlas. (Obra original publicada em 1987).

- Gomes, C. H. R., Silva, P. V., Mota, F. F. (2009). Comunicação do diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 139-143.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. (9a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-57.
- Lottenberg, C. L. (2010). Prefácio. In: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: INCA.
- Marques, R. C., Silva, M. J. P., & Maia, F. O. M. (2009). Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(1), 91-95. Recuperado em 12 maio, 2012, de <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a17.pdf>.
- Menezes, R. A. (2011). Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1429-1449.
- Miceli, A. V. P. (2009). *Laços e nós: A comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica. Brasil*. Rio de Janeiro. 127p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. (Obra original publicada em 1992).
- Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othero, J. C. B., Machado, F. O., Piva, J. P., Dias, M. D., Verdeal, J. C. R., Rocha, E., Viana, R. A. P. P., Magalhães, A. M. P. B., & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428.
- Neves, S. F. B. C., Dantas, M. P., Bitencourt, A. G. V., Vieira, P. S., Magalhães, L. T., Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., & Messeder, O. H. C. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 33-37.
- Nieweglowski, V. H.; & Moré, C. L. O. O. (2008). Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 25(1), 111-122.
- Ohara, R., Melo, M. R. A. da C., & Laus, A. M. (2010). Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63(5), 749-754. Recuperado em 29 maio, 2012, da base de dados SciELO.

- Rossi-Barbosa, L. A. R., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes, S. S., & Caldeira, A. P. (2010). A Percepção de Pacientes sobre a Comunicação não Verbal na Assistência Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 363-370.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado em 14 de abril, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(4), 370-375.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao início, uma pesquisa de mestrado, porém, no decorrer da coleta de dados, tornou-se uma lição vida. Entrevistas onde a pesquisadora quase não pontuava os eixos norteadores, com duração média de setenta minutos. Médicos que precisavam falar, contar suas angústias frente àquilo pelo qual eles não se sentem preparados: comunicar más notícias. Por detrás de uma objetividade própria da medicina, surgiram os sentimentos ao expressarem um *não saber* frente a estas situações. Há dificuldade em ver a dor do outro, não daquele que está acamado, mas, daqueles familiares onde a esperança é a força que leva a acreditar na continuidade de uma vida, às vezes, existente apenas pelas máquinas acopladas a um corpo.

Médicos que, contrariando a postura onipotente, mostravam, no transcorrer das entrevistas e conversas com a pesquisadora, suas dificuldades e suas sensações de impotência ao comunicar más notícias. E, quando estas se referiam à morte, os sentimentos apresentados se acentuavam unidos à sensação de fracasso por não ter mais terapêuticas que pudessem ser utilizadas para salvar vidas. Pessoas, ainda, formadas com o objetivo de curar, viam-se impossibilitadas/limitadas nessa jornada. E ter que relatar suas limitações ao outro (familiar) exacerbava a angústia. Motivos estes que, para viver estas situações como rotina diária, faziam com que mecanismos de defesa fossem utilizados. A racionalização surge de forma consistente para manter a angústia aprisionada. Para o médico, uma proteção, porém, para os familiares, um desencontro importante no que concernem aos caminhos da comunicação.

Tem-se este outro lado então. Familiares que estão em uma situação de fragilidade frente à internação de seu ente querido. Mães que falam sobre seus filhos que vão morrer; esposo que deseja levar sua companheira para casa viva ou morta; filhos que choram a morte dos pais; enfim, pessoas que sofrem frente a tantas más notícias. Nesta difícil situação o vínculo com a pesquisadora ocorreu de forma tão forte que, por vezes, a intimidou. Conversas nos corredores, na sala de espera, enquanto aguardavam o médico chamar, eram comuns e faziam emanar, na maioria das vezes, o sofrimento dos familiares. No entanto, certas vezes, nas entrevistas, o silêncio imperava. Falar do que estavam passando não era fácil. Era

nesse momento que parecia que percebiam realmente o que estava acontecendo. Mais do que contar sobre o recebimento de más notícias, os relatos abrangeram todas as outras situações que a internação envolve. A mudança de vida, de rotina, pessoas de cidades diferentes que largam seus empregos para poder acompanhar seu parente internado. Estresses adicionais e apoios inexistentes.

Tem-se ainda que, na impossibilidade de se comunicar com o doente, o médico tem relação direta com o familiar. E essa relação médico-familiar deve acontecer para além de informações sobre o boletim médico do doente. Entende-se o quanto isto seria uma tarefa árdua para os médicos que não se sentem preparados para comunicar e, principalmente, para escutar o sofrimento. Mas, se deve ponderar igualmente o quanto estes familiares estão desassistidos.

Enquanto esta rotina de dor é diária para o médico, para os familiares pode ser a primeira vez. E frente ao desconhecido o medo é sempre maior. Para tanto, o saber da psicologia pode vir a contribuir com o campo das práticas em saúde, pois contempla subsídios para compreender o processo saúde-doença. A participação do psicólogo no processo de comunicação de más notícias pode contribuir no acolhimento do sofrimento de pacientes e familiares, bem como no acompanhamento de médicos que não se sentem preparados para estas ou outras situações geradas na instituição hospitalar.

Ainda, uma formação mais qualificada, no sentido de se considerar a subjetividade de todos os envolvidos no processo saúde-doença, poderia contribuir para diminuir as dificuldades que surgem nas relações. Aqui, não se trata de alocar disciplinas soltas no decorrer da formação, mas sim, considerar que as relações acontecem em todo o trabalho médico e que estas, quando realmente imersas em um processo de interação, podem ser fontes úteis, tanto para o trabalho do médico no que envolve o tratamento ao doente, quanto em termos de abrandar as dificuldades que se interpõem frente aos desfechos negativos.

Poder relacionar-se sem a utilização de maciços mecanismos de defesa, não é desproteger os médicos nessas situações, e sim, permitir o encontro límpido entre os atores destas circunstâncias. Colaborando, dessa forma, em uma relação mais simétrica, onde médicos e familiares serão beneficiados.

Nesse íterim, ao findar a escrita deste estudo, considerou-se que a UTI é permeada por intensos sentimentos de sofrimento e desamparo, tanto de médicos que ali atuam, quanto dos familiares. Por se tratar de um local onde as más notícias

são diárias, deve-se reconhecer os significados desta realidade, no intuito de atenuar esses sentimentos para todos os envolvidos.

A pesquisa trouxe um recorte das vivências dos sujeitos no processo de comunicação de más notícias. Buscou-se analisar com grande profundidade as situações que ali se deram, bem como os relatos, para que os resultados abrangessem integralmente as perspectivas dos médicos e familiares que participaram do estudo. Considera-se a importância da participação de outros membros da equipe da saúde, visto que, por vezes, as más notícias eram comunicadas pelos enfermeiros durante o horário de visita. Neste sentido, questiona-se se eles estão preparados para lidar com estas situações.

Sugere-se que estudos prospectivos sejam empreendidos com outros profissionais da área da saúde que, de uma forma ou de outra, participam do processo de comunicação de más notícias. Ainda, propõe-se que novos trabalhos sobre este tema possam ser realizados em outros setores do hospital. Por exemplo, nesta pesquisa os médicos trouxeram dificuldades importantes da comunicação no pronto socorro, devido à grande demanda, entre outros problemas apontados. Apesar de ser um viés desta pesquisa que já foi publicado em artigo, considera-se importante que novos estudos sejam realizados neste setor em específico do hospital.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E.O.; ANDRADE, E.N. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, p.46-52, 2010.
- BAILE, W.F. et al. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**, v.5, p.302-11, 2000. Disponível em: <<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf+html?sid=99f4e840-364d-4f7b-b9e0-43beb7a320d7>>. Acesso em: 17 jun. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Decreto n° 93.933 de 14 de janeiro de 1987. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 22 mar. 2011.
- CAMPOS, C.J.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.17, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2011.
- CANO, D.S. **O profissional que está no fio, entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas**. Florianópolis, 2008. 180 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- CEPERO, D.V.R.; PÉREZ, F.P.; DELGADO, A.R. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v.23, n.3, 2007. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300005>. Acesso em: 18 jul. 2011.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- CREMERS. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM n° 1.931/2009, Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM n° 1.897/2009. Porto Alegre: Pallotti, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

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=S0210-56912006000900006&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es>. Acesso em: 30 abr. 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.1, p.63-71, 2012.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2011.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979a. p.79-98.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979b. p.99-112.

FRANCIS, J.J. et al. What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. **Psychology & Health**, v.25, n.10, p.1229-1245, 2010.

FRANCO, M.M. Psicanálise e psicossoma: um mapeamento do campo em que se dão as articulações. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A. (Orgs). **Psicassamall: Psicossomática psicanalítica**. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.75-84.

FREIXO, M.J.V. **Teorias e modelos de comunicação**. Lisboa: Instituto Piaget, 2006.

FREUD, S. **Conferências introdutórias em psicanálise**: algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão. Obra completas, 1917. v.16.

FREUD, S. **O ego e o id e outros trabalhos**. Obra completas, 1923, 1925. v.19.

FUMIS, R.R.L. Comunicação das más notícias: Um cuidado com a saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, v.67, n.1 (Especial Oncologia), p.34-5, 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4295>. Acesso em: 22 abr. 2011.

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, V.P.; MOTA, F.F. Comunicação do diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.2,

p.139-43, 2009. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/07_artigo4.pdf>. Acesso em: 8 maio 2011.

GOMES, R.A.L. **A comunicação como direito humano**: um conceito em construção. 2007. 207f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil, 2007. Disponível em:
<http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/midia/gomes_comunicacao_como_dh.pdf>. Acesso em: 8 maio 2011.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JUCÁ, N.B.H. et al. A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.1, p.57-64, 2010.

KOVÁCS, M.J. Instituições de Saúde e a Morte. Do Interdito à Comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.31, n.3, p.482-503, 2011.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 9.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

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

MASSIGNANI, L.R.M. **Más notícias**: o processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados. Florianópolis, 2007. 190 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MDT. **Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses**. 8.ed. Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria e Pós-Graduação e Pesquisa. Santa Maria: EdUFSM, 2012.

MENEZES, R.A. **Em busca da boa morte**: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 26.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS, G.S.N. et al. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. **Acta Paulista Enferm**, v.22, n.3, p.323-27, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/en_a14v22n3.pdf>. Acesso em: 8 maio 2011.

MORITZ, R.D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.20, n.4, p.422-28, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400016>. Acesso em: 2 jul. 2011.

NASCIMENTO, R.M. Câncer & transferência. Via possível de subjetivação. **Boletim de Novidades da Pulsional**, v.11, p.31-36, 1998.

OLIVEIRA, V.Z. et al. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, p.9-17, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100003>. Acesso em: 29 abr. 2011.

PAYÁN, E.C. et al. Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: From the specialists' practice perspective. **Colombia Medical**, v.40, n.2, p.158-66, 2009. Disponível em: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol40No2/html/v40n2a3.html>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

PENELLO, L.; MAGALHÃES, P. Comunicação de más notícias: Uma questão se apresenta. 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.23-36.

PERDICARIS, A.A.M.; SILVA, M.J.P. A comunicação essencial em oncologia. In: CARVALHO, V.A. et al. (Orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p.403-13.

PEREIRA, M.A. Má notícia em saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p.33-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

PERUZZOLO, A.C. **A comunicação como encontro**. São Paulo: Edusc, 2006.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5.ed. São Paulo: Annablume, 2003.

QUINTANA, A.M. Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama. **Temas em Psicologia**, v.7, n.2, p.107-118, 1999.

QUINTANA, A.M. Morte e formação médica: é possível a humanização? In: SANTOS, F.S. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, 2009. v.2, p. 37-48.

RANZANI, P.M. **O processo de comunicação médico/familiar/criança: a percepção da mãe de crianças portadoras de doenças crônicas graves**. 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2009/ranzani_pm_me_botfm.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2011.

RESOLUÇÃO CFP Nº010/05. CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. Agosto, 2005. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 12 maio 2012.

ROSSI-BARBOSA, L.A.R. et al. A Percepção de Pacientes sobre a Comunicação não Verbal na Assistência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.3, p.363-70, 2010.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.741-66.

SILVA N.H.; NEMAN F.A. Como comunicar más notícias. **Scientific Health**, v.1, n.3, p.111-20, 2010. Disponível em: <http://www.revistascienceinhealth.com/revistas/Science_3.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2011.

SILVA, P.R. A comunicação na prática médica: Seu papel como componente terapêutico. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.24, p.505-12, 2008. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080919151033921879.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.

SILVA, V.C.E.; ZAGO, M.M.F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.476-80, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jul. 2011.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: O uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.11, n.21, p.165-72, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100017>. Acesso em: 30 abr. 2011.

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. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.



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.507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

VICTORINO, A.B. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.10, n.1, p.53-63, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&nrm=>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

ZIMERMAN, D.E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.64-9.

ANEXOS

ANEXO A

	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
---	---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Por detrás da fala: o processo de comunicação de más notícias na relação médico-paciente

Número do processo: 23081.017110/2011-14

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0367.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Alberto Manuel Quintana

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 20/12/2011

Santa Maria, 29 de Dezembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
 Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa que destina-se à elaboração de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, a qual será realizada por meio de entrevista e observação. Este estudo procura compreender o processo de comunicação na relação médico-paciente e ou médico-familiar na Unidade de tratamento Intensivo (UTI). Para tanto, solicitamos a autorização da observação nas conversas com o médico e colaboração voluntária na realização de entrevistas.

A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade, marcada com antecedência no próprio hospital ou em sua residência. Para melhor registro dos dados, as entrevistas serão gravadas, se isso for de sua concordância. Será mantido o seu anonimato e a confidencialidade das informações, ou seja, os dados que pudessem vir a identificá-lo serão mudados por códigos. A gravação de áudio será arquivada em Pen-Drive e deletada após cinco anos e a entrevista transcrita será guardada igualmente por cinco anos e incinerada após esse período. Tais medidas ficam aos cuidados da equipe da pesquisa. A observação será realizada na Unidade de Tratamento Intensivo e durante os momentos em que o médico conversa com o paciente e/ou familiar, sendo garantido também o anonimato e a confidencialidade. Os dados, depois de analisados, serão divulgados na Dissertação de Mestrado, em periódicos científicos e eventos científicos na área da saúde, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para esta instituição.

Os riscos provenientes da situação de pesquisa não são maiores ou distintos dos que os advindos de uma conversa informal. No entanto, você poderá sentir-se desconfortável ao lembrar de algumas situações de sua vida e falar sobre elas. A participação não lhe trará benefício direto, mas contribuirá para os estudos

referentes ao processo de comunicação do diagnóstico na relação médico-paciente e ou médico-familiar, de modo a suscitar reflexões sobre essa situação. Se houver no momento da pesquisa algum fator que lhe provoque angústia, os pesquisadores poderão sugerir a busca por um serviço de apoio para que você possa conversar, visando minimizar o foco de sofrimento.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer prejuízos. Salientamos que sua participação não interferirá no tratamento que vem recebendo no hospital. Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução 196/96, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Daniela Trevisan Monteiro
Pesquisadora responsável
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/Pesquisador
Professor Associado do Departamento de
Psicologia da UFSM.

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse dos pesquisadores e a outra, do participante.

<p>Eu, _____, RG N. _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.</p>

Data: ____/____/2011.

Assinatura do participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

CEP/UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702
Cidade Universitária - Bairro Camobi - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362; e-mail:
comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Equipe de pesquisa: Coordenador, Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel:3222-0936; e-mail:
albertoq@gmail.com); Psicóloga Daniela Trevisan Monteiro (Tel: 9977-2721, e-mail:
daniela.trevisan.monteiro@gmail.com).

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS MÉDICOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa intitulada *“Por detrás da fala: O processo de comunicação de más notícias na relação médico-paciente”*. Esta pesquisa destina-se à elaboração de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, a qual será realizada por meio de entrevista e observação. Este estudo procura compreender o processo de comunicação de más notícias na relação médico-paciente e ou médico-familiar na Unidade de tratamento Intensivo (UTI). Para tanto, solicitamos a autorização da observação da comunicação com os pacientes e familiares e colaboração voluntária na realização de entrevistas.

A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade, marcada com antecedência no próprio hospital ou em sua residência. Para melhor registro dos dados, as entrevistas serão gravadas, se isso for de sua concordância. Será mantido o seu anonimato e a confidencialidade das informações, ou seja, os dados que pudessem vir a identificá-lo serão mudados por códigos. A gravação de áudio será arquivada em Pen-Drive e deletada após cinco anos e a entrevista transcrita será guardada igualmente por cinco anos e incinerada após esse período. Tais medidas ficam aos cuidados da equipe da pesquisa. A observação será realizada na Unidade de Tratamento Intensivo e durante os momentos em que o médico conversa com o paciente e/ou familiar, sendo garantido também o anonimato e a confidencialidade. Os dados, depois de analisados, serão divulgados na Dissertação de Mestrado, em periódicos científicos e eventos científicos na área da saúde, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para esta instituição.

Os riscos provenientes da situação de pesquisa não são maiores ou distintos dos que os advindos de uma conversa informal. No entanto, você poderá sentir-se desconfortável ao lembrar de algumas situações de sua vida e falar sobre elas. A

participação não lhe trará benefício direto, mas contribuirá para os estudos referentes ao processo de comunicação do diagnóstico na relação médico-paciente e ou médico-familiar, de modo a suscitar reflexões sobre essa situação. Se houver no momento da pesquisa algum fator que lhe provoque angústia, os pesquisadores poderão sugerir a busca por um serviço de apoio para que você possa conversar, visando minimizar o foco de sofrimento.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer prejuízos. Salientamos que sua participação não interferirá no tratamento que vem recebendo no hospital. Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução 196/96, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Daniela Trevisan Monteiro
Pesquisadora responsável
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/Pesquisador
Professor Associado do Departamento de
Psicologia da UFSM.

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse dos pesquisadores e a outra, do participante.

<p>Eu, _____, RG N. _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.</p>

_____ Data: ____/____/2011.

Assinatura do participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

CEP/UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702
Cidade Universitária - Bairro Camobi - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362; e-mail:
comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Equipe de pesquisa: Coordenador, Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel:3222-0936; e-mail:
albertoq@gmail.com); Psicóloga Daniela Trevisan Monteiro (Tel: 9977-2721, e-mail:
daniela.trevisan.monteiro@gmail.com).

APÊNDICE C

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Título do projeto: Por detrás da fala: O processo de comunicação de más notícias na relação médico-paciente.

Pesquisador responsável: Alberto Manuel Quintana

Instituição/Departamento: UFSM/Psicologia

Telefone para contato: 3028 0936

Local da coleta de dados: Unidade de Tratamento Intensivo adulto do Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de observações e entrevistas gravadas em áudio. 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 Psicologia, sala número 309 por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. Pesquisador Alberto Manuel Quintana. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, XX de xxxxx de 2011

Daniela Trevisan Monteiro
Pesquisadora responsável
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/Pesquisador
Professor Associado do Departamento de
Psicologia da UFSM.

