

Catarina Alexandre Miranda Mendonça

Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Catarina Alexandre Miranda Mendonça

Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Catarina Alexandre Miranda Mendonça

Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência

Nome do Aluno

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

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

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

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

The communication of bad news triggers different feelings and reactions inherent in the situation itself, and to the act of communicating the bad news. It highlighted as well the factors facilitating and inhibiting of this process of communication, which intersect.

DEDICATÓRIA

Sendo este trabalho resultado de um percurso de grande dedicação e esforço, sinto a necessidade de agradecer á minha família em especial ao meu marido e filhos, pela dedicação, paciência e amor.

Quero também agradecer aos meus pais e aos meus sogros por todo o apoio que me prestaram e ajuda neste percurso que tanto ambicionei.

Aos meus avós que infelizmente já partiram mas que sei que teriam muito orgulho em assistir á minha formação.

AGRADECIMENTOS

Nesta fase que para mim é uma das mais importantes na minha vida, pois é a concretização de um sonho “ ser enfermeira”, quero partilhar este momento de felicidade com as pessoas que percorreram comigo este caminho e apoiaram-me muito.

À professora Amélia José, orientadora deste Projecto pela disponibilidade, apoio, motivação e paciência.... O meu muito obrigado....

Ao meu marido que tanto me apoiou neste projecto e realização de um sonho, aos meus filhos pois sempre tiveram paciência em partilhar a atenção da mãe com o percurso académico...

A todos os que se cruzaram comigo ao longo do meu percurso, que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização e valorização e crescimento da minha pessoa.

Obrigada de coração!

PENSAMENTO

“O homem fraco teme a morte, o desgraçado chama-a, o valente procura-a.

Só o sensato a espera”.

(Benjamin Franklin)

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ENF- Enfermeiro/a

FCS-UIP – Faculdade de ciências da saúde - Universidade Fernando Pessoa

MN- Más Notícias

SU- Serviço de Urgência

SUG- Serviço de Urgência Geral

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	15
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
1.1 O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO.....	18
1.2.1 <i>Questões orientadoras</i>	21
1.3 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
1.3.1 <i>Enquadramento teórico</i>	22
i. Comunicação em saúde.....	22
ii. Comunicação de Más Notícias.....	23
iii. Enfermagem de Urgência.....	28
iv. Morte em contexto de urgência.....	33
v. Formação em serviço.....	35
1.4. OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO.....	36
1.4.1. <i>Objetivo geral</i>	36
1.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	37
II. FASE METODOLÓGICA.....	38

2.1.	DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	39
i.	<i>Meio</i>	39
ii.	<i>Tipo de estudo</i>	39
iii.	<i>População-alvo, amostra e processo de amostragem</i>	40
iv.	<i>Variáveis em estudo</i>	43
v.	<i>Instrumento de recolha de dados e pré-teste</i>	43
vi.	<i>Tratamento dos dados</i>	44
2.2.	SALVAGUARDA DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	46
III.	FASE EMPÍRICA	49
3.1.	APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	49
3.2.	DIFICULDADES NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	52
	CONCLUSÃO.....	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
	ANEXOS	71
	ANEXO I.....	72
	GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA	72

ANEXO II.....	74
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DA AMOSTRA.....	42
QUADRO 2 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	50
QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO PARA A CATEGORIA: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	50
QUADRO 4 - APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO PARA A CATEGORIA: PREPARAR A FAMÍLIA	54
QUADRO 5 - APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO PARA A CATEGORIA: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO.....	55
QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO PARA A CATEGORIA: SENTIMENTOS VIVENCIADOS.....	57
QUADRO 7 - APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO PARA A CATEGORIA: FORMAÇÃO	59

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge como a exigência final de uma importante etapa do meu percurso académico para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem, inserido no âmbito da Unidade Curricular de Projecto de Graduação e Investigação, do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dá que o processo de comunicar, enquanto procedimento dinâmico em si e ajustado às circunstâncias dos elementos que o compõem, é extremamente importante na tentativa de responder às diversas necessidades individuais. Sendo a experiência de comunicação de uma má notícia a familiares ou pessoas significativas, uma constante no quotidiano dos profissionais e particularmente dos enfermeiros de urgência, parece-nos fundamental compreender o processo de comunicação da má notícia.

I. FASE CONCEPTUAL

O processo de investigação consiste em três fases, a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica. É na fase conceptual “(...) que o investigador, elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema” (Fortin, 2009).

Esta fase é o início de todo o processo e começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. É uma etapa que requer muito tempo de investigação e pesquisa.

É nesta fase que se escolhe e se define o problema de investigação, definem-se os objectivos e a questão de investigação, e por fim a revisão bibliográfica pertinente para o trabalho a realizar.

1.1 O problema de investigação

“Um estudo de investigação tem início com a definição de um problema que o investigador necessita de resolver, ou com uma questão que ele próprio precisa de responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua e inquietadora com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a resolução” (Polit et al, 2004, p.52). A escolha do problema é determinada pelos interesses do pesquisador, podendo este ser motivado por diversos factores como nos seus valores sociais e/ou pessoais (Gil 2002).

De acordo com Fortin (2009), “um problema de investigação é uma situação que exige uma explicação, compreensão, alteração ou melhoria”. A sua delimitação é essencial porque, de facto, centra a investigação num domínio concreto, organizado o trajecto para o estudo, bem como dando-lhe direcção e coerência (Coutinho, 2011).

O tema deste projeto de investigação é “ Comunicação de má notícia no serviço de urgência”. A escolha deste tema surge da constatação pessoal de que os enfermeiros não estão preparados para lidar com a morte e têm muita dificuldade em comunicar más notícias e apoiar os familiares num momento tão dilacerante das suas vidas.

As atitudes face à morte diferem de cultura para cultura, de país para país, de região para região e, até, de pessoa para pessoa. Tal facto, permite concluir que a forma como reagimos à morte está dependente de uma multiplicidade de factores que se relacionam principalmente com aspectos pessoais, educacionais, socioeconómicos e espaço-temporais.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza porque não sabe se está a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, para lhe prolongar a vida e para lhe evitar a morte, desespero porque se sente impotente para fazer algo que o conserve vivo, angústia porque não sabe como comunicar efectivamente com o doente e seus familiares e também porque a morte dos outros nos confronta com a ideia da nossa própria finitude. Todos estes factores oneram severamente o enfermeiro que procura cuidar aqueles cuja morte está eminente.

De acordo com Rees (1983: 407), “o enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais, com o intuito de afastar expressões de temor e de morte”. Outras vezes, o enfermeiro perante o processo de morte decide evitar todo e qualquer contacto com o doente. Nesta perspectiva, o mesmo autor afirma que “afastando-se do doente através de subterfúgios, o que o enfermeiro faz é escudar-se contra sentimentos que lhe lembrem a morte e que lhe causem mal-estar”. Está bem mas podia tentar encontrar uma referência mais recente. Se não encontrar mantenha esta.

Deste modo, sendo a morte inevitável e frequente nos serviços de urgência, nem todos os enfermeiros a compreendem, a acolhem e reagem a ela da mesma maneira.

Confrontados com a doença grave e com a morte, os enfermeiros tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adoptando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes designadas: mecanismos de defesa.

De acordo com Rosado, do confronto com a morte surgem frequentemente mais problemas psicológicos do que físicos. Entre os últimos, fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia são alguns dos reconhecidos. No entanto, os mais citados são: pensamentos involuntários dedicados ao doente, sentimentos de impotência, choram e sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Decorrentes destas atitudes, registam-se: absentismo, desejo de mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança.

O interesse pela temática surgiu no decorrer de uma experiência vivida num ensino clínico no meu percurso académico, sendo o meu ensino clínico de eleição (Serviço de Urgência). O facto de desempenhar funções como formando no serviço de urgência foi uma experiência enriquecedora e uma mais-valia para mim e para o meu conhecimento.

Nesta perspectiva, tendo em conta a revisão bibliográfica efectuada definiu-se como domínio para o estudo: a comunicação de má notícia.

1.2 Pergunta de partida

A pergunta de investigação é a questão de partida da nossa investigação e é fundamental para o decorrer de todo o processo de investigação.

Segundo Fortin (2009, p.53) uma questão de investigação é “uma interrogação, precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se pretende tomar”.

A pergunta de investigação deste projecto de graduação é: “Que vivências e dificuldades experienciam os Enfermeiros do Serviço de Urgência quando têm de comunicar más notícias?”

1.2.1 Questões orientadoras

As questões orientadoras servem para delinear o problema de investigação com a finalidade de se saber qual o conhecimento que existe sobre o problema – “ As questões de orientação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.” (Fortin, 2003).

Segundo a definição anteriormente referida as questões orientadoras definidas são:

1-Qual é o processo de comunicação de más notícias (morte não esperada) no contexto dum serviço de Urgência?

2-Quais são os aspetos que facilitam e dificultam a comunicação das más notícias?

3-Será que os Enfermeiros possuem estratégias para comunicar más notícias?

4-Será que as vivências pessoais do enfermeiro no serviço de urgência ajudam a lidar com a morte e a comunicar más notícias?

5-Será que os Enfermeiros consideram importante ter formação específica sobre comunicação de más notícias?

1.3 Revisão da literatura

De acordo com Fortin (2003), “ (...) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos, o conceito em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos”.

Num problema de investigação, a revisão da literatura procura analisar alguns conceitos que se revelam de essencial importância para que se possa compreender o estudo em questão. Desta forma é importante investigar e compreender os seguintes conceitos:

- ✓ Comunicação
- ✓ Comunicação de Más Noticias em Saúde
- ✓ Enfermagem de Urgência
- ✓ A morte em contexto de Serviço de Urgência
- ✓ Formação em serviço

1.3.1 Enquadramento teórico

Nesta fase pretende-se apresentar um enquadramento das principais bases teóricas e conceptuais relevantes para a concretização deste estudo. Assim serão desenvolvidos conceitos-chave com vista ao desenvolvimento da temática “ O sentimento do enfermeiro na comunicação de má notícia no SU”.

i. Comunicação em saúde

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

Etimologicamente comunicar provém do latim *comunicare* que significa “por em comum”, “entrar em relação com”, partilhar ideias, emoções, cultura, entre outros. A comunicação consiste num processo dinâmico, complexo e permanente através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o objetivo de compreender e

serem compreendidos pelos outros. Ela possibilita a adaptação ao ambiente, modificando e transformando esse mesmo ambiente construindo a realidade social (Nunes, 2007).

Para cuidar eficazmente as pessoas o enfermeiro deve observar e avaliar correctamente, sendo que a sua comunicação deverá ser adequada a cada situação. Isto requer conhecimentos técnicos, compreensão e disponibilidade nas relações humanas em situações deficitárias (Chalifour, 2008). Nestas situações a comunicação eficaz é por vezes difícil de estabelecer, o que para Cerqueira e Gomes (2005) não deve acontecer em enfermagem, visto que quando a felicidade e o bem-estar do doente estão em risco, nenhuma posição é mais importante que a dos enfermeiros nos cuidados prestados ao doente e/ou família.

ii. Comunicação de Más Notícias

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

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

Para Stefanelli e Carvalho (2005) o ambiente em que as pessoas interagem constitui um factor decisivo para a qualidade da comunicação. O ato comunicativo ao ser considerado único e não susceptível de repetição, torna necessário que se salvguarde o ambiente proporcionado à comunicação. Este deverá ser o mais favorável possível

dentro da realidade vivida, de forma a manter a segurança, o conforto e a privacidade do doente.

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

A missão de um SU é intervir em situações que refletem risco de vida para o doente, levando por isso a que os profissionais de saúde estejam empenhados nas tarefas “tecnicistas” essenciais ao restabelecimento das funções vitais do utente e descurem por vezes, inconscientemente, o estabelecimento da relação de ajuda (Neto, Ribeiro, Magalhães, Torres e Mendes, 2003).

Por outro lado, André e Neves (2003) apontam a procura excessiva dos SU como uma das principais causas para o seu funcionamento deficitário e por conseguinte para uma menor disponibilidade dos profissionais de saúde. A lotação dos SU com casos não urgentes dificulta a resposta oferecida tanto pela estrutura física do serviço, como pela prestada pelos profissionais de saúde. Os mesmos autores referem que apenas 20% dos atendimentos efectuados nos SU correspondem a verdadeiras situações clínicas.

Na mesma ordem de ideias, Neto et al. (2003) apontam a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, como sendo por si só indutores da despersonalização e desumanização dos cuidados de enfermagem prestados.

Neste sentido, a comunicação com o doente e/ou família encontra-se comprometida pelas características supracitadas, sendo difícil por vezes, proporcionar um ambiente calmo e oferecer a disponibilidade necessária para a cuidar eficazmente. Para Sousa (2004) apesar das dificuldades é importante criar estratégias de forma a proporcionar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender e reformular nos momentos oportunos aquilo que o doente verbaliza ou transmite.

A comunicação de uma MN constitui uma temática alarmante pelas repercussões físicas, sociais e familiares que a informação pode induzir, sendo por isso considerada uma área de difícil intervenção, uma vez que a relação profissional/doente/família poderá ficar comprometida pelo teor de negativo da informação.

Pereira (2005) aponta a comunicação de MN como uma das áreas mais críticas das relações interpessoais, pois considera esta informação geradora de stress, tanto para quem recebe a informação, como para quem a transmite. Assim para além de planearem e gerirem adequadamente estes momentos, os profissionais de saúde têm também de aprender a gerir os seus próprios medos. Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale e Kudelka (2000) enumeram mesmo obstáculos psicológicos à transmissão desta informação como o medo de fazer mal; o medo de represálias; o receio de não dominar o tema; medo de exprimir os próprios sentimentos; o medo pela transposição da situação vivenciada e por fim o receio da hierarquia médica.

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

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

Para Baile et al. (2000) o processo de comunicação de MN pode ser encarado como uma forma de atingir quatro objectivos essenciais. O primeiro consiste em recolher a informação do doente, pois só assim o profissional consegue perceber o nível de conhecimento da pessoa e a sua capacidade para ouvir e interiorizar a informação. O segundo objetivo centra-se na transmissão da informação de acordo com as necessidades manifestadas pela pessoa. O terceiro consiste em prestar apoio de forma a

reduzir o impacto da mensagem recebida e a sensação de isolamento provocado pela apreensão da mesma. E por fim o quarto objetivo refere-se ao desenvolvimento de uma estratégia sob a forma de plano para o tratamento. É importante referir que o tratamento tanto pode ser aplicado ao doente que se confronta com o diagnóstico, como à família que se encontra também a vivenciar uma situação de crise.

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

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

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

Burton (1998) citado por Pereira (2008) refere que os medos dos profissionais de saúde estão relacionados na maioria das vezes com “o medo de ser considerado culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades”; “medo de expressar uma reacção emocional”; “medo

de não saber todas as respostas às perguntas colocadas pelo doente/família e outras pessoas significativas”, “medos pessoais acerca da doença e da morte” e “medo das reacções do doente e família”.

Barnett (2007) citado por Lopes e Graveto (2010) considera a ausência ou a pouca formação na área como outra das dificuldades sentidas pelos profissionais.

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

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

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

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

Posto isto, é possível identificar que são diversos os fatores que contribuem para o medo de ser confrontado com a necessidade de ter de informar MN. No entanto, citando Marçal (2014, p.99): “(...) uma formação académica adequada aliada ao desenvolvimento de competências práticas baseadas na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica alicerçada na empatia, na sensibilidade e no tato profissional permitem ultrapassar com sucesso a maioria das dificuldades”.

iii. Enfermagem de Urgência

Para Howard e Steinman (2010): “O âmbito da prática de enfermagem de urgência envolve avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final. A resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao doente e/ou família, referência adequada, bem como conhecimento das implicações legais.” (p.5).

Segundo o mesmo autor, “Os Enfermeiros da Urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de Enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento.” (p.6).

Já para Pontes (2008), aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Este autor defende também que: “O Enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos mas também ... com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida ou de morte para o doente” (p.4).

A permanência dos Enfermeiros num Serviço de Urgência, mais que em qualquer outro serviço, exige por parte dos mesmos algumas particularidades específicas, sendo elas, segundo Oliveira (1999), citado por Pontes (2008), "... domínio alargado e aprofundado dos saberes de Enfermagem ...; grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na acção; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes sectores do hospital." (p.17).

A enfermagem de urgência é, portanto, um mundo que envolve vários aspectos distintos. O enfermeiro deve ser capaz de prestar cuidados que podem ir desde a colocação de uma ligadura a uma reanimação. Tanto é necessária a competência geral como a específica por parte do enfermeiro, uma vez que existem doentes totalmente diferentes a recorrerem ao serviço de urgência, ou seja, «A prática da enfermagem de urgência reúne, como em nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento.» (Howard & Steinmann, 2010, p. 4).

A enfermagem de urgência está constantemente a evoluir, sendo por isso necessário que o enfermeiro que exerce funções num serviço de urgência esteja sempre a par com as novas guidelines que são propostas e também que desenvolva as suas competências de acordo com as novas tecnologias e sistemas de informação que estão a inovar cada vez mais a forma de trabalhar dos enfermeiros. Para Howard e Steinman (2010):

“A enfermagem de urgência é cada vez mais complexa e exigente. A crescente necessidade de cuidados de urgência, em especial a doentes em estado crítico, reclama inovação a nível da tecnologia e metodologia dos cuidados.” (p.230).

É extremamente importante referir que a enfermagem de urgência tem um papel muito significativo na sociedade de hoje em dia. «A prática da enfermagem de urgência habilita-nos, enquanto profissionais, a ter uma influência significativa sobre as necessidades da sociedade em termos de saúde.» (Howard & Steinmann, 2010, p. 16).

As competências do enfermeiro de cuidados gerais, ditadas pela Ordem dos Enfermeiros, existem algumas especificidades para o enfermeiro de urgência, quer no Código Deontológico quer no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Algo com que o enfermeiro de urgência se depara todos os dias é a diversidade de pessoas às quais presta cuidados, não negando ajuda a ninguém, pois este deve «Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica e religiosa.» (Artº81, Código Deontológico).

Podemos assim questionar:

Qual o papel do enfermeiro no serviço de urgência? Para além das normas e competências estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros, existem funções específicas por parte do enfermeiro de urgência, devido à diversidade de situações urgentes e emergentes com que se depara no dia-a-dia. Aos enfermeiros de urgência são exigidos amplos conhecimentos e competências para prestar cuidados a pessoas com variados problemas de saúde (Howard & Steinmann, 2010).

O enfermeiro de urgência tem, como funções principais, segundo Howard e Steinman (2010):

- ✓ Fazer a avaliação, rigorosa e contínua, dos problemas físicos, psicológicos e sociais dos doentes;
- ✓ Analisar os dados da avaliação para identificar os problemas do doente;
- ✓ Definir os resultados esperados no doente, com base na avaliação feita, nos problemas identificados e na diversidade cultural;
- ✓ Elaborar um plano de cuidados com base na avaliação, nos problemas do doente e resultados esperados;

- ✓ Implementar esse mesmo plano de cuidados, bem como avaliá-lo e alterá-lo com base nas respostas observadas no doente e nos resultados obtidos;
- ✓ Avaliar constantemente a qualidade e eficiência da enfermagem de urgência;
- ✓ Reconhecer as necessidades de aprendizagem pessoais e maximizar a formação profissional e a boa prática da enfermagem de urgência;
- ✓ Prestar cuidados com base em conceitos éticos e filosóficos;
- ✓ Estabelecer comunicação atempada e aberta com os doentes, pessoas significativas e com outros prestadores de cuidados de saúde;
- ✓ Reconhecer, valorizar e utilizar as constatações da investigação e da melhoria da qualidade para reforçar a prática da enfermagem de urgência;
- ✓ Colaborar com os outros prestadores de cuidados de saúde, a fim de prestar cuidados centrados no doente de forma consentânea com a utilização segura, eficiente e rendível dos recursos.

Durante o seu turno no serviço de urgência, o enfermeiro irá exercer as mais variadas funções. No entanto, qualquer uma delas é fundamental à prática da enfermagem. Os enfermeiros de urgência “Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação de funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade.” (Artº9, REPE). Ora, no serviço de urgência os enfermeiros devem estar atentos de modo a detectar, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, “... os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.” (Artº9, REPE).

Ainda dentro das suas funções, os enfermeiros de urgência «Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potencializando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade.» (Artº9, REPE).

Ao falar das funções dos enfermeiros de urgência, falemos também da classificação das intervenções de enfermagem. São distinguidas em autónomas e interdependentes. Intervenções autónomas são “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Artº9, REPE).

Já as intervenções interdependentes são “as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (Artº9, REPE).

O enfermeiro de urgência deve ter obrigatoriamente presente a todo o tempo quais as intervenções autónomas e interdependentes que realiza, tanto para proteger o doente como para se proteger a si próprio. Deve ser inerente ao enfermeiro «Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.» (Artº88, Código Deontológico).

Em suma, é extremamente importante o enfermeiro de urgência “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Artº88, Código Deontológico).

A prestação de cuidados de enfermagem em ambiente de urgência hospitalar é considerada como uma das realidades mais “agressivas” da prática de enfermagem (Ribeiro, 2008). Nesta linha de pensamento, Alminhas (2007), citado por Ribeiro (2008) refere que o serviço de urgência é particularmente despersonalizante. Reforçando esta

afirmação, Vaz e Catita (2000), também citadas pelo autor acima referido, pensam que o serviço de urgência, pelas suas características intrínsecas, a intensidade de trabalho físico e mental, o stress, o desgaste psicológico, a responsabilidade profissional, a confrontação continua com a morte e as ameaças constantes de perda e de fracasso, é indutor de despersonalização e desumanização dos cuidados prestados. As mesmas autoras acrescentam que, por vezes, preocupamo-nos com os monitores, os ventiladores, controlamos as bombas infusoras e não tocamos na pessoa.

É fundamental termos a consciência que a especificidade do serviço de urgência, em situações específicas, transforma a prática num ambiente de stress, de medos e vulnerabilidade (Ribeiro, 2008). É consensual que neste serviço a necessidade de actuar rapidamente nas situações de risco imediato, muitas vezes inesperado com técnicas específicas, são factores que limitam e influenciam o sucesso da relação de ajuda aos utentes e familiares ou pessoas significativas (Ribeiro, 2008).

iv.Morte em contexto de urgência

Falar da morte não é de todo um assunto fácil de abordar, tanto para os profissionais de saúde neste caso os enfermeiros como para qualquer individuo. Há muito para falar neste tipo de temática mas incomoda de certa forma abordar o assunto pois a “Morte” implica um conjunto de factores que nem sempre são facilitadores.

Segundo França & Botomé (2005), a palavra morte traz consigo muitos atributos e associações: dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um ser humano, de um animal, de uma planta, de uma ideia que "chegada ao topo da montanha, admira-se ante a paisagem, mas compreende ser obrigatória a descida" (p. 547). Numa posição antagónica, a morte coexiste com a vida, o que não a impede de ser angustiante, incutir medo e, ao mesmo tempo, ser musa inspiradora de filósofos, poetas e psicólogos. Por ser terrificante, é costume indicar a morte por meio de eufemismos: "fim", "passagem", encontro, "destruição"... As palavras não conseguem expressar o que é imaginado.

Paralelo ao fascínio instaura-se o medo da morte, a repugnância ao cadáver e a interdição do olhar. O homem durante séculos conseguiu dominar o medo da morte e traduzi-lo em palavras. A sociedade permitia os ritos familiares, e a brevidade melancólica de um fim anunciado era tratada com dignidade sem fugas ou falsificações.

De acordo com Kovács (2005), negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com as experiências dolorosas. A grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia onde há ilusão da imortalidade. Se o medo da morte estivesse constantemente presente, não se conseguiria realizar os sonhos e projetos. Existe, no ser humano, o desejo de se sentir único, criando obras que não permitam o seu esquecimento, dando a ilusão de que a morte e a decadência não ocorrerão. Essa couraça de força esconde uma fragilidade interna, a finitude e a vulnerabilidade.

De acordo com Bellato & Carvalho (2005), é necessário compreender que a formação dos profissionais integrantes da equipe de saúde tem se dado no sentido de estar preparado, essencialmente, para a promoção e preservação da vida e, nesse contexto, entender a morte como algo contrário e não como parte intrínseca dela. A obstinação terapêutica leva até as últimas consequências a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa de afastamento indefinido, o doente não morre mais na sua hora, mas naquela da equipe de saúde. Como consequência última desse processo, temos a desumanização do atendimento àquele que morre, pois a técnica matou a morte natural e o morrer dissolveu-se num contexto sócio organizacional no qual o funcional substituiu o humano. Por fim, a escamoteação da morte se faz expropriação e destituição, pois é tudo previsto para que o moribundo deixe de estar no centro de seu trespassse.

v. Formação em serviço

Podemos definir formação como “um processo complexo de aprendizagens, que se reflete no desenvolvimento da estrutura do sujeito” (Abreu, 2001).

Carneireiro (1997), refere que a formação nasce sempre devido a uma necessidade de desenvolver competências e que os indivíduos podem adquirir capacidades formal ou informalmente e que é no domínio do desenvolvimento de competências que surgem as necessidades de formação que estão ligadas ao desejo da pessoa investir sobre si própria, para melhoria da qualidade do seu desempenho, advogando que o processo se deve desenvolver numa dinâmica de formação contínua e autoformação.

O artigo 20º da Carreira de Enfermagem (2009) refere que “ a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objectivos de actualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projectos de investigação.”

No Estatuto que rege a profissão de Enfermagem no artigo 100º considera-se que os Enfermeiros assumem o dever de “ assegurar a actualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de acções de qualificação profissional”.(OE, 2015).

Mendes (2004) refere que, para assegurar as necessidades de saúde da população das sociedades atuais, os profissionais deverão apresentar uma capacidade de pensamento conceptual, construtivo e crítico, promovida através da formação em enfermagem, nomeadamente na formação pós básica e permanente.

É óbvio que o modo como se comunicam as más notícias influencia fortemente o modo como as famílias vivenciam a situação de dor e luto que sofrem. Para além do ambiente de empatia que os Enfermeiros transmitem seria importante que em Serviços como a Urgência existissem guidelines que orientassem os profissionais nesta situação sempre difícil e que os Enfermeiros ficassem mais capacitados para lidar com as emoções que estes encontros sempre provocam.

A evidência de que o modo como se comunicam más notícias influencia a família e a criança, por vezes com dano, levou a que se criassem uma série de recomendações. A existência de guidelines aposta assim em aspectos como o da preparação, o contexto em que as más notícias são apresentadas e o ambiente de empatia que deve estar presente. Devem também ser tidas em conta as questões relacionados com a exigência da presença da criança, consoante a sua maturidade, salientando os benefícios que isso tem em termos de adesão à terapêutica e diminuição da ansiedade.16, 20).O facto de existirem guidelines também pode tornar os profissionais de saúde mais capazes de lidar com as emoções que são despoletadas por tais encontros.

1.4. Objetivo de investigação

No início de uma investigação, é crucial demarcar objectivos, para que se possa obter resultados profícuos. Segundo Fortin (2009), “(...) o objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador pretende fazer para obter respostas ás suas questões de investigação”. De acordo ainda com o mesmo autor um objectivo deve ser definido num enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

1.4.1. Objetivo geral

Segundo Fortin (2003), um objectivo geral de um processo de investigação “(...) indica o porquê da investigação.”

Neste projecto de graduação o objectivo geral é: “Demonstrar como se sentem os enfermeiros preparados para com a comunicação de más notícias no Serviço de Urgência.”

1.4.2. Objectivos específicos

Os objectivos específicos clarificam mais especificamente qual o assunto a ser abordado neste projecto de graduação. Foram delineados os seguintes objectivos específicos:

1-Descrever como se processa a comunicação de más notícias (morte não esperada) no contexto dum serviço de Urgência.

2-Conhecer os aspectos que facilitam e dificultam a comunicação das más notícias.

3-Identificar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para comunicar más notícias.

4-Averiguar se as vivências pessoais do enfermeiro no serviço de urgência ajudam a lidar com a morte e a comunicar más notícias.

5-Saber se os Enfermeiros consideram importante ter formação específica sobre comunicação de más notícias.

II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica segue-se á fase conceptual, em que o investigador determina os métodos a utilizar para obter as respostas ás questões de investigação colocadas ou ás hipóteses formuladas.

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

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

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

A investigação caracteriza-se por um método explícito que inclui várias etapas intelectuais e técnicas operatórias para resolver um problema, sendo a escolha da metodologia uma dessas etapas (Fortin, 2009). Ainda segundo o mesmo autor a fase metodológica operacionaliza estudo, ou seja, especifica o tipo de estudo, o meio onde se desenvolve, o método de colheita de dados e a população a que se destina.

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

2.1. Desenho de investigação

Para Fortin (2009, pág. 214), o desenho de investigação é “ (...) um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismo de controlo, tendo por objectivo minimizar os riscos de erro.”

De acordo com Fortin (2009) refere que é necessário criar um desenho de investigação que segundo o mesmo consiste “(...) num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas (...)”.

i. Meio

De acordo com Fortin (2009), “o investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha (...). Um meio, em que não dá lugar a um controlo rigoroso como laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural”.

O meio escolhido será então o meio natural, porque assim desenvolve-se o estudo onde os sujeitos se encontram. O estudo será realizado junto de enfermeiros que trabalham em Serviço de Urgência de hospitais do grande Porto.

ii. Tipo de estudo

Com base em Fortin (2009), o tipo de estudo varia em função do que se pretende: descrever as variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes. Um estudo descritivo tem como objectivo descrever e identificar

detalhadamente as características de um determinado fenómeno, de maneira a destacar as características da população.

Em relação ao objectivo estabelecido, este estudo é descritivo exploratório, uma vez que pretende explorar e descrever rigorosamente e claramente a percepção da comunicação da má notícia por parte dos enfermeiros.

Em relação á dimensão temporal, o estudo é do tipo transversal uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. Segundo Fortin (2009), este serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.

São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, tem um alcance mais limitado que os estudos longitudinais (Fortin, 2009). A investigação qualitativa possibilita a exploração do comportamento, das perspectivas e das experiências das pessoas em estudo.

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

iii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

A população segundo Fortin (2003) “(...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

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

Neste sentido, a população alvo deste estudo foram os enfermeiros que exercem funções no SUG no distrito do Porto.

Por se tratar de um estudo qualitativo, pretende-se analisar um numero reduzido de participantes pois não se deseja extrapolar para o universo, mas sim, compreender as experiências vividas e as percepções individuais dos enfermeiros (Bogdan e Biklen, 1994).

Neste estudo a população corresponde ao conjunto de enfermeiros que exercem funções num SUG do distrito do Porto. Optou-se por este serviço pela proximidade geográfica, o que facilitou a recolha de dados, bem como, por enquanto aluna ter tanto interesse e gosto pela área da Urgência.

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

- i) Possuir experiência de serviço de urgência, há mais de dois anos;
- ii) Possuir experiência de comunicação da má notícia, em contexto de morte inesperada a familiares/pessoas significativas;

Como critérios de exclusão temos:

- i) Enfermeiros com experiência inferior a dois anos;
- ii) Enfermeiros que nunca comunicaram más notícias.

No presente estudo foram entrevistados dez participantes cuja caracterização socioprofissional é apresentada no quadro seguinte:

Código da entrevista	Idade	Gênero	Categoria Profissional	Anos de experiência no SUG	Formação complementar
Enf 1	42	Feminino	Enf. Especialista	10 anos	Médico-cirúrgica
Enf 2	34	Feminino	Enf. Graduada	9 anos	Emergência/ Catástrofe
Enf 3	32	Masculino	Enf. Graduado	10 anos	Emergência/ Catástrofe
Enf 4	32	Masculino	Enf. Graduado	10 anos	Emergência/ Catástrofe
Enf 5	33	Masculino	Enf. Graduado	11 anos	Emergência/ Catástrofe
Enf 6	35	Feminino	Enf. Especialista	13 anos	Médico-cirúrgica
Enf 7	31	Feminino	Enf. Graduado	9 anos	Emergência/Trauma
Enf 8	40	Feminino	Enf. Especialista	15 anos	Médico-cirúrgica
Enf 9	42	Masculino	Enf. Graduado	16 anos	Emergência/ Catástrofe
Enf 10	33	Feminino	Enf. Graduado	10 anos	Emergência/ Catástrofe

Quadro 1 - Características socioprofissionais da amostra

iv. Variáveis em estudo

Segundo FORTIN (1999), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”

De acordo com esta autora, as variáveis podem ser classificadas de diferentes modos, dependendo da sua utilização na investigação.

Para FORTIN (1999), “as variáveis independentes e dependentes relacionam-se com o estudo experimental, na medida em que uma afeta a outra, constituindo esta relação a base da predição e exprimindo-se sob a formulação de questões de investigação” [...] “refere que a variável independente é aquela que o investigador manipula durante a investigação, avaliando, assim, o efeito da mesma sobre a variável dependente. A variável dependente, também designada por “variável crítica” ou “variável explicada” é, para a autora, a que sofre o efeito esperado da variável independente, traduzindo-se através de um comportamento, resposta ou resultado.”

No presente estudo identificamos variáveis atributo, a saber: a idade, género, categoria profissional, anos de serviço e formação complementar.

v. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

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

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

Como refere Fortin (2009) nos estudos descritivos propriamente ditos, são empregues principalmente as entrevistas dirigidas ou semidirigidas. A opção pela semidirigida surge pela possibilidade de se obterem mais informações particulares sobre o tema, compreendendo o ponto de vista do entrevistado. Sendo exigente, este instrumento de colheita torna-se enriquecedor pois permite que os intervenientes se expressem livremente. Savoie-Zajc (2003) cit. por Fortin (2009, pág. 377) define a entrevista semidirigida como: [...] uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.

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

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

Este guião foi submetido a um pré-teste inicial a dois enfermeiros que não participaram no estudo e permitiu avaliar a adequabilidade e pertinência das questões face aos objectivos traçados, não tendo sido necessária qualquer alteração ao mesmo, tendo sido mantida a versão original. Este também se constituiu como uma mais-valia ao permitir “treinar” a condução da entrevista.

vi. Tratamento dos dados

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

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

O tratamento dos dados corresponde ao processo de pesquisa e de organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram acumulados, de maneira a ser possível a compreensão dos mesmos (Bogdan e Biklen, 1994). De acordo com Fortin (2009), “ uma vez escolhidos ps dados, é preciso organiza-los tendo em vista a sua análise”.

Wolcott (cit. In Vale, 2004) revela três momentos fundamentais durante a fase de análise de dados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde á escrita de textos resultantes dos dados originais registados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspectos essenciais e identificar factores chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e ilações a partir dos dados obtidos.

Uma vez que a opção metodológica para realizar a recolha de dados, foi a entrevista semiestruturada é de esperar encontrar uma grande variedade de dados e também de discursos. A metodologia qualitativa será a seleccionada para realizar o tratamento dos dados recolhidos. Nesta metodologia, a recolha e tratamento de dados é feita simultaneamente, permitindo desse modo atingir a saturação dos dados.

Para dar resposta a essas dificuldades, a análise do conteúdo será a técnica mais adequada para o tratamento dos dados, pois esta vem no sentido de “ sistematizar as ideias principais resultantes da descrição da experiência (...) a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência, referentes ao fenómeno em estudo” (Dias 2004).

2.2. Salvaguarda dos princípios éticos

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

“Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em conta o ponto de vista ético” (Fortin, 2009).

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

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

Segundo Fortin (1999) para que o consentimento ocorra é necessário informar os envolvidos sobre vários elementos, nomeadamente as finalidades e objectivos do estudo, riscos incorridos, relação risco-benefício da participação, assim como a informação sobre a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

Nesta investigação foram assegurados os cinco principais princípios do Código de Ética de investigação (Fortin, 2003). Sendo eles:

- **Direito á autodeterminação**- baseia-se no princípio ético de respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

Desta forma no início de cada entrevista, os participantes foram informados da natureza do estudo, o seu objetivo, duração e métodos permitindo assim ao indivíduo decidir quanto à sua participação ou não na investigação.

- **Direito á intimidade**- Faz referência á liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Foi permitido aos entrevistados decidirem a extensão da informação que entendiam que deviam fornecer.

- **Direito ao anonimato e confidencialidade** – Este é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada ás respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

Neste estudo, todos os resultados são apresentados de maneira a que nenhum entrevistado possa ser identificado.

- **Direito á protecção contra o desconforto e o prejuízo** – Corresponde ás regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou a prejudicarem.

Neste estudo não ocorreram quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica que pudessem advir com a realização do mesmo.

- **Direito a um tratamento justo e equitativo** – Refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento justo – direito a ser informado sobre a natureza, os objectivos e a duração da investigação; e equitativo – escolha dos sujeitos ligados ao problema de investigação, durante a participação no estudo.

Neste estudo, todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como dos métodos utilizados para a realização do estudo.

III. FASE EMPÍRICA

Nesta fase da investigação, serão apresentados, analisados e interpretados todos os resultados recolhidos ao longo da investigação, para posterior realização de uma discussão dos mesmos.

De acordo com Fortin (2009), “(...) os resultados provém dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”.

A discussão de resultados é segundo Fortin (2009) apreciar e interpretar os mesmos, ou seja, “(...) o investigador examina os principais resultados de investigação ligando-os ao problema, às questões (...) o investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas (...)”.

Este elemento do presente trabalho pretende reflectir sobre os resultados considerados mais significativos do estudo, principalmente aqueles que vão dar resposta às questões de investigação. Para além do referido, procura relacionar os resultados obtidos e a fundamentação teórica apresentada ao longo do trabalho, bem como tirar ilações deste estudo.

A análise e a interpretação dos dados seguiram um sistema categorial definido, e as subcategorias e os dados foram analisados categoria a categoria de acordo com os sujeitos entrevistados e tendo por base as tabelas de análise referidas.

3.1. Apresentação dos dados e discussão de resultados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e efectuaram-se várias leituras no sentido de emergirem as categorias e subcategorias, que se apresentam de seguida no quadro 2:

Quadro 2 - Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Comunicação de más notícias	Factores facilitadores Factores Dificultadores
Preparar a Família	
Estratégias de comunicação	Empatia/ local Adequado
Sentimentos Vivenciados	
Formação	

Após termos feito a apresentação num único quadro de todas as categorias e subcategorias do estudo iniciamos agora a apresentação dos quadros com cada categoria e respectivas subcategorias, bem como das unidades de registo respetivas.

Quadro 3 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: Comunicação de más notícias

Categoria	Subcategoria
Comunicação de más notícias	Factores Facilitadores/ Factores Dificultadores
<p>(E1)“... comunicação de uma má noticia é sempre constrangedora para quem a recebe e a dá... torna-se mais difícil pelo carácter inesperado das situações e pelo conteúdo da noticia...”</p> <p>(E1)”...facilita ter local apropriado, privacidade, linguagem compreensível”... local sem privacidade, medos, receios...”</p> <p>(E2)“... o processo de comunicação de uma má noticia num serviço de urgência é algo difícil de lidar e que nem sempre é fácil de ser feito...”</p> <p>(E2) “... é facilitado quando têm grau educacional superior”</p> <p>(E8)“... é sempre uma situação delicada que por mais que se tente nunca é fácil de dar, muito menos de receber...”</p> <p>(E8)”... poucos são os factores facilitadores</p> <p>“... comunicação de uma má noticia é sempre constrangedora para quem recebe e para quem dá, mas num contexto de urgência, torna-se mais difícil pelo carácter inesperado das situações pelo conteúdo da noticia...” (E9)</p>	

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

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

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

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

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

É um processo considerado difícil e constrangedor, porque as más notícias são julgadas pelos profissionais como elementos que nos acordam para uma difícil realidade que por vezes não se quer ver ou aceitar.

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

3.2. Dificuldades no processo de comunicação

Um dos objectivos do presente estudo prende-se com a identificação das dificuldades sentidas no decurso da comunicação da má notícia e, da leitura e análise dos dados obtidos foi possível identificar um conjunto de dificuldades: ao nível do profissional, ao nível da dinâmica do serviço e ao nível do processo de comunicação. Ao nível do profissional, os enfermeiros evidenciam as características individuais dos profissionais no processo de comunicação e a falta de formação dos mesmos para esse processo.

Para a generalidade dos enfermeiros entrevistados ficou explícito que não é tarefa fácil comunicar a Má Notícia, pois não se sentem á vontade com o tema. Comunicar a má notícia é sempre uma tarefa difícil.

Efetivamente, a comunicação terá sempre um carácter pessoal, respeitante ao indivíduo que se encontra a transmitir a informação, porém é significativamente referenciado que quando se transmite a má notícia prevalece a sensibilidade, ou a falta dela, por parte do comunicante (médico/enfermeiro), não sendo a mesma baseada em modelos de formação que permitam uma abordagem assertiva e ajustada.

Neste sentido, Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos, e Andreoli (2007, p. 62) referem também que “a comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis na prática clínica dos profissionais de saúde e para qual não existe preparação consistente na formação académica”, levando a que cada um dos profissionais faça essa comunicação baseado na sua sensibilidade, marcando o processo por sentimentos, impressões ou preferências pessoais não sustentadas.

Outra dificuldade identificada é a falta de tempo. De facto a complexidade do processo de comunicação da má notícia no contexto de morte inesperada num serviço de urgência, exige tempo, não só na sua transmissão, mas fundamentalmente na organização de todas as fases, desde a preparação do ambiente até ao apoio e encaminhamento posterior da família.

Os informantes evidenciam na generalidade a escassez de tempo para este processo. Na realidade, os recursos humanos afetos ao serviço de urgência, a complexidade de cuidados nesses serviços e o fluxo de doentes e de familiares, muitas vezes condiciona o tempo disponível para a consolidação do processo de comunicação, denotando-se porém uma preocupação, por parte dos entrevistados, na tentativa de disporem do tempo que consideram necessário para melhor efetivarem a procedimento, uma vez que lhe atribuem relevante importância (Stefanelli & Carvalho, 2005, pp. 34-41) e (Pereira, 2010, p. 65).

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

Quadro 4 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: Preparar a Família

Categoria	Subcategoria
Preparar a família	
<p>“... as famílias não estão á espera logo o profissional de saúde, terá de gerir todo o processo...” (E1)</p> <p>“... é importante manter a família informada do mau prognóstico da situação... o diálogo e a gestão da comunicação com a família...” (E2)</p> <p>“... quando é uma situação que está prevista preparamos a família para essa possibilidade...” (E3)</p> <p>“... ser objectivo e directo sem no entanto ser frio, capacidade de ser empático é fundamental...” (E8)</p>	

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

No SU pela imprevisibilidade das situações recebidas, é comum que os profissionais de saúde sejam também confrontados com situações de mortes súbitas, em que as famílias se deparam com notícias de morte não esperada o que torna ainda mais dolorosa a tarefa de comunicar e de preparar a família para a notícia.

Como refere Cerqueira (2004) uma acontecimento súbito e inesperado, normalmente desencadeia um luto intenso, muito doloroso e prolongado. A notícia surge sem que exista uma preparação prévia, sendo o choque e a negação mais morosas, sobressaindo o sentimento de incredulidade.

Porém e apesar do evidenciado, os profissionais consideram este processo de interacção com os familiares importante e relevante, não o encarando de “ânimo leve”, denotando-se uma preocupação não apenas com a transmissão da notícia mas com todo o processo, indo de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, actuando como um

recurso efectivo para o indivíduo, família e comunidade quando enfrentam desafios não só na saúde mas também na morte, enquanto final do ciclo vital (Ordem do Enfermeiros, 2004).

Quadro 5 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: Estratégia de Comunicação

Categoria	Subcategorias
Estratégias de Comunicação	Empatia/Local adequado
<p>“...a estratégia que considero mais apropriada passaria por arranjar um local adequado garantindo a privacidade...” (E1)</p> <p>“... a estratégia por mim encontrada foi a de dar a noticia de forma calma e segura...” (E2)</p> <p>“... chamar pelo menos mais do que um familiar ao mesmo tempo e leva-los para um local reservado e calmo...” (E3)</p> <p>“... tento sempre pôr-me no papel do outro e tentar dar a noticia da melhor forma...” (E5)</p> <p>“... ser empática, respeitar a dor e sofrimento do outro...” (E8)</p>	

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

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

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

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

Na preparação do ambiente salientam-se o encaminhamento para um local mais resguardado, apesar de inadequado, a selecção dos profissionais que devem comunicar a notícia e a identificação do receptor da mensagem. É de referir o cuidado manifestado em obter feedback face ao que o familiar sabe, fruto de alguma informação que tenha sido veiculada, permitindo que o mesmo partilhe essa informação, para que posteriormente e paulatinamente se forneçam a informação de morte.

Foram focadas também estratégias centradas no profissional: o distanciamento e o colocar-se no lugar do outro. Aqui, enquanto um dos enfermeiros evidencia a necessidade de se distanciar quando comunica, reforçando o cuidado em não se envolver com a situação, outros referem que procuram colocar-se na posição do receptor da notícia, transpondo para si a forma como gostariam de ser informados, denotando uma acrescida preocupação na forma de proporcionar a notícia.

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

Quadro 6 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: Sentimentos Vivenciados

Categoria	Subcategorias
Sentimentos Vivenciados	
<p>“... os sentimentos vivenciados são de receio/nervosismo pela forma como a notícia irá ser encarada...” (E2)</p> <p>“... angústia, tristeza e até medo... todos estes sentimentos são transformados em serenidade, calma e disponibilidade...” (E3)</p> <p>“... sentimento de impotência, sofrimento...” (E4)</p> <p>“... tristeza, angústia, raiva, sentimento de vazio...” (E5)</p> <p>“... profunda tristeza e compaixão...” (E7)</p> <p>“... pena, tristeza, comoção. Penso “ e se fosse comigo”...” (E8)</p>	

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

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

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

Tomando em consideração a definição de cada uma das palavras no léxico gramatical português, baseado no dicionário de língua portuguesa da Porto Editora – versão digital, a compaixão surge como “dor que nos causa o mal alheio”; a tristeza aparece como “estado de quem sente insatisfação, mal-estar ou abatimento”; a revolta indica “sentimento de indignação”; a impotência evidencia a “falta de força e/ou de poder”; a angústia demonstra “mal-estar, ao mesmo tempo psíquico e físico, caracterizado por receio difuso, sem objecto bem determinado, desde a inquietação ao pânico”; a

insegurança surge enquanto “atitude de quem sente falta de confiança em si próprio” e o sofrimento é definido como “experiência extremamente desagradável, grande mal, desgraça; efeito de sofrer”.

O confronto frequente com a MN leva a que o enfermeiro experiencie muitas vezes sentimentos de tristeza, desânimo e até depressão. Um estudo realizado por Abreu e Vieira (2003) relativamente às vivências dos enfermeiros perante a morte do utente apoia o referido, pois a categoria sentimentos/emoções foi a mais referenciada pelos enfermeiros com 86,5%, sendo por sua vez o “Desconforto/Incomodo/dificuldade em encarar a situação” a subcategoria mais mencionada, surgindo a “ansiedade e angústia” em nono lugar num total de dezoito subcategorias.

Reid et al. (2011) citando McLauchlan (1990) referem que os enfermeiros não devem esconder as suas emoções durante a notificação de uma MN, visto que exposição de sentimentos permite à pessoa e/ou família sentir que a equipa compreende o significado do seu sofrimento.

Não é tarefa fácil para o enfermeiro transmitir a notícia pois os sentimentos falam mais alto, todos são humanos de uma forma ou de outra quase todos os profissionais já passaram por uma perda, e quando transmitem a notícia recordam-se sempre pelo momento que passaram.

Quadro 7 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: Formação

Categoria	Subcategoria
Formação	
<p>“... considero muito insuficiente a formação que os enfermeiros possuem...” (E1)</p> <p>“... não possuo nenhuma formação sobre o processo de dar más notícias, mas penso ser uma mais valia formações nessa área...” (E2)</p> <p>“... não de todo, acho que um enfermeiro desde que inicia o curso até se tornar profissional deveria ter formação nesta área...” (E5)</p> <p>“... sim tenho formação teórica de curso base, formação de formações que frequentei e experiência pessoal...” (E6)</p> <p>“... não isto porque nunca tive formação deste tema...” (E7)</p> <p>“... formação e conhecimento nunca são demais, considero uma mais valia formação regular dos profissionais...” (E8)</p> <p>“... considero muito insuficiente a formação que os enfermeiros possuem de base relativamente ao lidar com a morte...” (E9)</p>	

Os enfermeiros entrevistados relataram receios por manifestarem menos à vontade na comunicação de MN, emergindo a questão se estes factos estariam relacionados com a falta de experiência profissional ou formação.

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

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

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

Lopes e Graveto (2010) corroboram os achados, concluindo através do seu estudo que os enfermeiros sentem dificuldades na informação e transmissão das MN, assim como em dar resposta às questões colocadas pelos mesmos. Emerge a falta de investimento na formação por parte das escolas e das instituições, que não permite ao enfermeiro gerir de um modo positivo as situações que experiencia, e por conseguinte melhorar os cuidados que presta.

Por outro lado, existem enfermeiros que consideram que a dificuldade não se remete apenas para a carência em formação, uma vez que esta não funciona isoladamente, mas sim pela interacção entre o saber e as experiências adquiridas ao longo da vida profissional. A experiência profissional é vista como uma potencial fonte de ferramentas para lidar com a tarefa, emergindo um testemunho que considera até que a prática os vai tornando mais resistentes.

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

Da análise e discussão dos dados emergiram um conjunto de conclusões, que passamos a apresentar. O processo de comunicação da má notícia, no presente contexto, significa na sua globalidade algo de difícil e constrangedor mas ao qual deve ser atribuída relevância no âmbito do processo de cuidados.

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

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

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

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

São diversos os sentimentos e as reações vivenciadas e indicadas pelos enfermeiros e que, na perspetiva dos participantes, podem condicionar a boa prática de cuidados nomeadamente, a comunicação da má notícia. Estes sentimentos e reações vivenciadas são relativos não só ao modo como é efetuada a comunicação, como foram identificadas as que são relativas à situação em si.

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

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

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

Sendo um dos principais objetivos da investigação em enfermagem a devolução dos resultados obtidos, com o intuito de melhorar a intervenção dos enfermeiros e nesse sentido incrementar um aumento da qualidade assistencial, é assim nossa intenção restituir os resultados deste estudo à instituição e particularmente ao serviço onde o mesmo foi realizado.

É também nosso objetivo contribuir para a implementação das sugestões contribuindo dessa forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, fomentando não só a mudança como um desenvolvimento conjunto das equipas. Enquanto potencial instrumento de trabalho, acima de tudo esperamos que o mesmo fomente a discussão e a orientação para um caminho mais assertivo neste domínio tão sensível.

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

A realização deste trabalho constitui para o investigador um motivo de grande satisfação pessoal, não só pelos conhecimentos que permitiu adquirir, mas também pela oportunidade de falar com futuros colegas de profissão, ouvir os seus testemunhos, anseios e lamentos e ao mesmo tempo perceber as suas expectativas relativamente ao futuro da profissão que escolheu abraçar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra/Lisboa: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda./EDUCA - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

André, O. & Neves, M.A. (2003). *Atendimento de Urgência- A Perspetiva do Utente*. Revista Sinais Vitais, nº46, 25-28

Ariès, P. (1988). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Teorema.

ALMINHAS, Sílvia Manuela Pação – *Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência*. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-0844. Nº75 (Nov. 2007), p. 57-60.

Baile, W.F., Buckman, R.;Lenzi,R., Glober,G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) *SPIKES-A Six-Step Protocol for delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. The Oncologist, 5, 302-311.

Bellato, R; Carvalho, EC. *O jogo existencial e a ritualização da morte*. Rev Latinoam

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação:uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Carneiro, M. (1997). *Da Formação Inicial à Formação Contínua -espaço para os saberes práticos*. Revista Pensar em Enfermagem, 1 (1), Nº1, 20-22.

Cerqueira, M.M.A. & Gomes, J.M.P.A. (2005). *Comunicar em Enfermagem (Algumas Reflexões)*. Revista Sinais Vitais, nº62,55-57.

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (G. Toletti & M.C. Vieira, Trad.) Loures: Lusodidacta (trabalho original em Francês publicado em 2002).

Correia, M.R., Frausto, F., Violante, A. (2004). Ser Portador de Más Notícias. Revista Sinais Vitais,nº55,53-55.

Costa, M. (2009). Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. Nursing. vol:n.º 251, pp. 36-42.

Coutinho, C.M. (2011). Investigação em Tecnologia na Universidade do Minho: uma abordagem temática e metodológica ás dissertações de mestrado já concluídas nos cursos de mestrado em Educação. Actas do XV Colóquio Tecnologias em Educação: Estudos e Investigações. Lisboa.

Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Mendes R., Lourenço, C. (2008, Maio). Pensar a formação em enfermagem. Lisboa: Revista Nursing, 233, 38-43.

DIAS, José M. - Formadores: Que Desempenho? Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972-8383-75-4.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta

Fortin, M. F, Grenier. R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In Fortin, M. F., O pprocesso de investigação, da concepção á realização, Loures: Lusociência.

Garcia, T. R.& Nóbrega, M.M.L. (2009). Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa.

Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6326/6/F-%20Capítulo%203.pdf>

<https://repositorio>

[aberto.up.pt/bitstream/10216/50120/2/Comunicar%20Ms%20Notcias%20em%20Pediat
ria.pdf](https://repositorio.up.pt/bitstream/10216/50120/2/Comunicar%20Ms%20Notcias%20em%20Pediat%20ria.pdf)

ICN- Internacional Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (trabalho original em inglês publicado em 2010)

In: *Nursing*. - Lisboa. - ISSN 0871-6196. - A. 12, nº 148 (Set. 2000)

Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a Morte*. Lisboa: Estrela Polar.

Kovács, M. (2005). *Educação para a Morte*. *Psicologia, Ciência e Profissão*. vol:n.º 25, pp. 484-497.

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lopes, J.M.G.N. & Graveto, C., J.M.G.N. (2010). *Comunicação de Má Notícias: Receios em quem transmite e mudanças nos que recebem*. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2),257-263.

Marçal, K.B.F. (2014). *Uma Visão de Enfermagem sobre a Comunicação de Doenças de Prognóstico Reservado*. *Revista Portuguesa de Bioética*, nº20, 93-112.

Neto, A.J.S.M., Ribeiro, L.M.C., Magalhães, L.M.S.L., Torres, M.F.A., Mendes, M.J.B.Q. (2003). Grau de Satisfação do Utente relativamente ao Acolhimento proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Servir*, nº51, 214-227.

Nunes, J.M.M. (2007) *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care.

Ordem do Enfermeiros. (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A. G. P. (2008) *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Pereira, M.A. (2005). Má Notícia em Saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto em Enfermagem*, 14 (1), 33-37. Acedido a 27 de Novembro de 2014, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100004

Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributos para a formação em Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004), *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

PONTES, Benedito Rodrigues. *Avaliação de Desempenho: Nova Abordagem*. 10 ed. São Paulo: Ltr, 2008.

REPE- Regulamento do exercício para a prática de enfermagem (2012). *Regulamento e estatuto da ordem dos enfermeiros art.4º-1*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

www.forumenfermagem.org › Dossier Técnico › Revistas › Nursing

Salazar, H., Neto, I. G. (2006). Comunicação.

Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida in B. Gauthier. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados* (3.^a ed.). (pp. 279-301). Loures: Lusociência.

Stefanelli, M.C. & Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2011). *Investigação qualitativa em Enfermagem- Avançando o Imperativo Humanista* (A. P. S. Santos Trad.) (5^a Edição). Loures: Lusodidacta. (Trabalho original publicado em 2011).

Sousa, A.R.G. (2004). A Morte no corredor do Serviço de Urgência. *Servir*, nº3, 144-148.

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R.- *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* 5^a ed. Loures: Lusociência, 2004. 750p ISBN 972-8383-74-6

VAZ, Célia e CATITA, Paula. Cuidar no Serviço de Urgência. In *Revista Nursing* nº148, Setembro 2000, p. 14-17.

Vitorino, A. B., Nisenbaum, E.B., Gibello, J., Bastos, M.Z.N., Andreoli, P.B.A. (2007) Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista SBPH*, 10 (1), 53-63. Acedido a 27 de Novembro de 2015, em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100005&script=sci_arttext

Warnock, C., Tod, A., Foster, J., Soreny, C. (2010). Breaking bad news in patient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), 1543-1555.

www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf

www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a23

ANEXOS

ANEXO I

Guião orientador da entrevista

Questões

1. Frequentou algum tipo de formação sobre comunicação de más notícias? Por iniciativa própria ou da instituição onde trabalha?
2. Pode falar-nos sobre o processo de comunicação de uma má notícia (morte não esperada) no contexto dum serviço de Urgência?
3. Em sua opinião quais os factores que facilitam ou dificultam a comunicação de uma má notícia no contexto de um Serviço de Urgência?
4. Tem alguma estratégia para comunicar uma má notícia de morte não esperada no contexto do Serviço de Urgência?
5. Gostaria de partilhar alguma experiência de comunicação de má notícia, morte não esperada, em contexto de urgência?
6. Quais os sentimentos que vivência quando tem de comunicar a notícia de morte?
7. No seu caso, considera que a formação que possui para lidar com a morte e as más notícias são suficientes?
8. Em sua opinião, as instituições deveriam fazer algo mais para ajudar os colaboradores que têm de comunicar más notícias?

ANEXO II

Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Livre e Esclarecido

Sou aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, que se encontra a desenvolver um Projecto de Graduação e Investigação em Enfermagem, no âmbito de uma das Unidades Curriculares do Curso.

Venho por este meio, fornecer informação acerca do projecto que me encontro a desenvolver, para que decida livremente se quer participar, consciente dos seus direitos.

Este estudo pretende investigar “Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência”.

A colheita de dados será realizada por mim, através de uma entrevista presencial. Toda a informação será mantida em sigilo, bem como a sua identidade. Os dados são confidenciais.

No sentido de participar neste estudo, estou ciente de que:

- A sua participação é voluntária e a sua recusa não implicará qualquer prejuízo para si no um acesso aos cuidados de saúde;
- As informações que fornecer apenas serão utilizadas em trabalhos científicos, e a sua identidade será sempre preservada;
- É livre de desistir da participação no trabalho em qualquer momento.

Assim eu, _____ (nome) aceito participar neste estudo, ciente de que a minha participação é voluntária e estou livre para desistir de colaborar em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Investigador

Participante