

THAISA DE FARIAS CAVALCANTI SANTOS

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO
DA UTI NEONATAL

RECIFE
2016

THAISA DE FARIAS CAVALCANTI SANTOS

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO
DA UTI NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciane Soares de Lima

Coorientadora: Prof^a. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Área de concentração: Educação e saúde

Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos na área de saúde

RECIFE
2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa - CRB4-1010

S237c Santos, Thaisa de Farias Cavalcanti.
Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal / Thaisa de Farias Cavalcanti Santos. – 2016.
94 f.: il.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Luciane Soares de Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.
Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Comunicação em saúde. 2. Empatia. 3. Prematuro. 4. Relações profissional-família. 5. Equipe de assistência ao paciente. I. Lima, Luciane Soares de (Orientadora). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-093)

THAISA DE FARIAS CAVALCANTI SANTOS

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO DA UTI NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 26/02/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Daniela Tavares Gontijo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Gabriela Cunha Schechtman Sette (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Cristina Teixeira Vieira de Melo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coodenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Genivaldo Moura da Silva- Representante discente - Doutorado)

(Davi Silva Carvalho Curi - Representante discente - Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Leandro Cabral da Costa

Dedico este trabalho aos recém-nascidos e suas famílias como seres humanos.

Hoje somos cuidadores, amanhã poderemos ser cuidados.

AGRADECIMENTOS

À Deus que ilumina meu caminhar.

À minha mãe e ao meu irmão por sempre estarem ao meu lado me apoiando e ao meu pai que sempre olha por mim onde estiver.

Ao meu namorado, João, pela paciência e estímulo de sempre.

Aos meus amigos, por ouvirem minhas angústias e me ajudarem a superá-las.

Aos meus familiares pela torcida eterna.

À minha orientadora, Professora Luciane Soares de Lima, pela acolhida e apoio que desde a graduação me acompanha e me orienta. Muito obrigada por me auxiliar a descortinar um novo mundo, cheio de novos conhecimentos, novas reflexões e novas possibilidades.

À minha coorientadora, Professora Maria Wanderleya de Lavor Coriolano, pela força, paciência e apoio de sempre. Por me ouvir e me acalmar nos momentos de estresse. Fico muito feliz com a dedicação no meu caminhar. Muito obrigada!

À minha turma de mestrado, a ME 29. Dividimos muitas experiências, sentimentos e sensações. Sentirei muitas saudades dos momentos que vivemos juntos.

Ao corpo docente da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelas contribuições feitas para a construção do meu conhecimento.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelo acolhimento e auxílio de sempre.

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Esta só se concretizou com a disponibilidade, paciência e doação deles. Muito obrigada por me proporcionarem novas descobertas e novas reflexões com seus relatos.

À Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por me permitir estar presente ainda que modificasse a rotina de trabalho para a realização das entrevistas.

À todos, que de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse real.

"A mensagem que o profissional de saúde deve estar atento para passar é a de que, por ser humano, é capaz de estar com, é capaz de entender o outro, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor. É apenas isso que ele deve estar preocupado em 'por em comum', resgatando a origem da palavra comunicação".

Maria Júlia Paes da Silva

RESUMO

Os profissionais da área de saúde muitas vezes se deparam com o desafio de comunicar más notícias aos familiares de recém-nascidos. Má notícia é definida como qualquer informação que produza uma alteração nas perspectivas da pessoa e/ou família sobre o seu presente e futuro. Estes profissionais podem apresentar dificuldades e desconforto ao comunicar más notícias, sendo necessário o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, na perspectiva de uma relação empática, de uma atuação interdisciplinar e estabelecer uma relação humanizada para que esse processo seja realizado com mais efetividade, evitando danos e/ou traumas aos familiares dos recém-nascidos. Diante desse contexto, o objetivo do presente estudo foi compreender como se dá o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na perspectiva dos profissionais. O estudo foi descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com 16 profissionais da área de saúde de nível superior que atuam no contexto de uma UTIN, em um hospital localizado em Recife/PE. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, teve o auxílio do *software Atlas.ti* (versão 7.0). Após a análise das entrevistas, os resultados foram agrupados em quatro códigos analíticos/temáticos: *concepção de má notícia*, *comunicação da má notícia*, *sentimentos em relação à má notícia*, *estratégias na comunicação da má notícia*. Os achados desta pesquisa servem de subsídios para nortear novos estudos, ampliando a discussão sobre o tema em questão. É importante que as Instituições de Ensino Superior da área de saúde no Brasil construam novas propostas curriculares pautadas nas orientações definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde. Além de trabalhar estas questões dentro da academia durante a formação, é prudente que o tema estudado esteja inserido nos diversos cenários do cuidar em saúde, através da Educação Permanente, promovendo desta forma humanização, integralidade, trabalho interdisciplinar, visão holística, ou seja, valorização do ser humano em todos os seus aspectos.

Descritores: Comunicação em Saúde. Empatia. Prematuro. Relações profissional-família. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Health professionals are often faced with the challenge of communicating bad news to families of newborns. Bad news is defined as any information that produces a change in a person and / or family's perspectives about your present and future. These professionals may have difficulty and discomfort when communicating bad news, being necessary to the development of communication skills, the prospect of an empathic relationship, an interdisciplinary approach and establish a humanized respect for this process to be done more effectively, preventing damage and / or trauma to the families of newborns. In this context, this study aimed to understand how is the process of breaking bad news in the context of a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) from the perspective of professionals. The study was descriptive and exploratory qualitative approach. Interviews were conducted with 16 healthcare professional operating in the context of a NICU in a hospital located in Recife/PE. The interviews were recorded and transcribed. For data analysis we used the content analysis technique in thematic modality, had the help of Atlas.ti software (version 7.0). After analyzing the interviews, the results were grouped into four analytical / theme codes: *conception of bad news, bad news communication, feelings about the bad news, strategies in communicating bad news*. The findings of this research serve as subsidies to guide further studies, expanding the discussion on the topic in question. It's important that the health of Higher Education Institutions in Brazil to build new curricular proposals guided by the guidelines defined by the National Curriculum Guidelines for health courses. In addition to discuss these issues during the academic studies, it's prudent that the studied subject is inserted in various scenarios in health care, through Continuing Education, thus promoting humanization, completeness, interdisciplinary work, holistic view, in other words, recovery of the human being in all its aspects.

Keywords: Health communication. Empathy. Premature. Professional-family relations. Patient care team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Caracterização dos participantes segundo aspectos sociodemográficos, formação e vivências relacionadas à comunicação de más notícias. Recife, Brasil, 2015.....	41
Figura 1 – Demonstração dos códigos temáticos sobre a comunicação de más notícias no contexto da UTIN, Recife, Brasil, 2015.	42
Figura 2 – Concepção de má notícia, Recife, Brasil, 2015.	43
Figura 3 – Comunicação da má notícia, Recife, Brasil, 2015.	48
Figura 4 – Sentimentos em relação à má notícia, Recife, Brasil, 2015.	56
Figura 5- Estratégias na comunicação da má notícia, Recife, Brasil, 2015.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

PNH - Política Nacional de Humanização

RN - recém-nascido

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Comunicação na saúde	19
3.2 Comunicação entre equipe de saúde e usuários/família	20
3.3 Comunicação de más notícias	22
3.4 O contexto da hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	27
3.5 Humanização em saúde	28
4 PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 Caracterização do Estudo	32
4.2 Cenário do Estudo	32
4.3 Participantes do Estudo.....	33
4.4 Coleta de Dados.....	34
4.5 Análise dos Dados	36
4.6 Aspectos Éticos	37
4.6.1 Riscos e Benefícios para o Participante e a Comunidade	38
4.7 Problemas metodológicos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 Caracterização dos participantes	40
5.2 Análise qualitativa	42
5.2.1 Concepção de má notícia.....	42
5.2.2 Comunicação da má notícia.....	47
5.2.3 Sentimentos em relação à má notícia	56
5.2.4 Estratégias na comunicação da má notícia	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	85

Apêndice A: Formulário para Caracterização dos Entrevistados	85
Apêndice B: Roteiro de Entrevista Semiestruturada	87
ANEXOS	89
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
Anexo B: Carta de Anuência	91
Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	92

1 APRESENTAÇÃO

Na assistência à saúde, os profissionais deparam-se diariamente com a comunicação de informações entre diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde, além da comunicação com usuários, família e grupos sociais. Faz-se necessário o exercício dessa habilidade de forma efetiva, compreensiva e relacional diante destas situações vivenciadas.

Nesses cenários, muitas vezes se deparam com más notícias ou notícias difíceis e necessitam comunicá-las para usuários e/ou família, tornando ainda mais árdua a missão de comunicar de forma eficiente. Buckman (1984, p. 1597) define má notícia como “qualquer informação que produza uma alteração nas perspectivas da pessoa sobre o seu presente e futuro”.

Comunicar uma má notícia é, seguramente, a função mais difícil que o profissional de saúde desempenha por conta do profundo impacto psicológico gerado no paciente e em seus familiares (PAYÁN, 2012). Há uma grande diversidade de reações e formas de lidar com uma má notícia, tanto por parte dos profissionais como por parte do paciente e seus familiares. Isto decorre do fato de a má notícia vir sempre acompanhada de uma ideia de dor e sofrimento (MASSIGNANI, 2007).

No cenário de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a comunicação da equipe de saúde – paciente é predominantemente focada na díade de interações entre adultos (equipe de saúde – família), porque o recém-nascido (RN) ainda não possui a capacidade de exercer sua autonomia (MASSIGNANI, 2007). O ambiente da UTIN propicia tensão emocional aos pais do RN. Estarem separados do seu filho é doloroso, o ambiente hospitalar é desconhecido e estranho, eles se enxergam numa situação de dependência da equipe de saúde para se sentirem capazes de enfrentar a situação e se familiarizarem com os cuidados de seu filho (WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013).

Em contextos como estes, faz-se necessária a implementação de estratégias que promovam uma maior empatia e acolhimento das necessidades das famílias assistidas. A questão da sensibilidade na comunicação de más notícias é uma questão de humanismo. Humanizar é acolher o paciente e sua família em sua essência, partindo de uma ação efetiva refletida em solidariedade, compreensão do ser doente e apreciação da vida. (BONAMIGO; DESTEFANI, 2010; MORAIS et al., 2009).

Estudos têm mostrado que os profissionais de saúde podem apresentar dificuldades e desconforto ao comunicar uma má notícia, tornando este ato pouco empático e gerando

repercussões negativas para a família do RN internado. A forma (dura, direta, seca) como este tipo de notícia é transmitida geralmente é apontada como um entrave na comunicação e em consequência, o processo de acolhimento desta família se torna prejudicado. É importante transmitir o conteúdo, por mais negativo que ele seja, porém também é importante levar em consideração as repercussões emocionais daqueles que ouvem a má notícia (AFONSO; MITRE, 2013).

Em geral, o profissional de saúde tem dificuldade de conduzir momentos de fragilidade apontando a necessidade de estudos de diagnóstico e intervenção sobre os componentes que envolvem preparo e treinamento em relação à comunicação de más notícias.

Estudos, como os de Bonamigo e Destefani (2010) e Traiber e Lago (2012), mostram que são poucas as instituições de ensino superior no Brasil que norteiam o desenvolvimento de habilidades comunicacionais (principalmente quando se trata de má notícia) nos cursos da área de saúde, mesmo a comunicação sendo uma das cinco principais competências presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde.

Arelado a isso, há ainda uma escassez de estudos que aborde a comunicação de más notícias, principalmente quando o foco é o olhar do profissional de saúde ou, até mesmo, da equipe de saúde.

Além disso, a vivência profissional da pesquisadora a estimulou a pensar nesta situação. Comunicar a um paciente e sua família que havia ocorrido um atraso na entrega de alguma medicação, ou que o plano de saúde não autorizou a transfusão de sangue, ou ainda que seria necessário aguardar mais um dia em um leito de Unidade de Terapia Intensiva pela falta de vaga em um dos apartamentos da instituição de saúde gerava ansiedade e desconforto.

Diante do exposto, constituiu-se como questionamento norteador deste estudo: Como se dá o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na perspectiva dos profissionais?

Para responder este questionamento, esta dissertação foi estruturada em cinco partes. Inicialmente são apresentados os objetivos do estudo e em seguida um capítulo de revisão de literatura onde são abordadas questões sobre comunicação na saúde; comunicação entre equipe de saúde e usuários/família; comunicação de más notícias; o contexto da hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e por fim humanização em saúde. O próximo capítulo aborda o percurso metodológico delineado para alcançar o objetivo proposto. O quarto capítulo aborda os resultados e a discussão dos dados. Por último serão apresentadas as considerações finais e recomendações.

Os dados obtidos neste estudo podem contribuir como subsídios para uma reflexão relacionada à formação acadêmica e à educação permanente da equipe de saúde, além de reflexões acerca da comunicação em saúde, especialmente a comunicação de más notícias, quanto no desenvolvimento do processo de trabalho em equipe interdisciplinar proporcionando atendimento integral e humanizado em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender como se dá o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na perspectiva dos profissionais.

2.2 Específicos

- Entender o conceito de má notícia a partir da visão de profissionais de saúde de uma UTIN;
- Conhecer em quais circunstâncias ocorre a comunicação de más notícias por profissionais de saúde que trabalham em uma UTIN;
- Descrever os principais sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde ao comunicarem más notícias a famílias de recém-nascidos hospitalizados em uma UTIN;
- Identificar as estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde ao comunicarem más notícias a famílias de recém-nascidos hospitalizados em uma UTIN;
- Compreender as formas de enfrentamento utilizadas por profissionais de saúde diante da comunicação de más notícias a famílias de recém-nascidos hospitalizados em uma UTIN.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Comunicação na saúde

A comunicação é uma função vital, por meio da qual indivíduos e organizações se relacionam uns com os outros, com o ambiente, com as próprias partes do seu próprio grupo, influenciando-se mutuamente e transformando fatos em informação (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

Mesmo com os avanços tecnológicos, a comunicação continua sendo a ferramenta primária e indispensável com a qual a equipe de saúde troca informações entre si, com os usuários e seus familiares (VICTORINO et al., 2007). Portanto, a troca de informações que se dá entre profissionais de uma equipe de saúde é o denominador comum da proposta da formação e condução de uma equipe de trabalho para alcançar qualquer objetivo, do mais simples ao mais complexo (PEDUZZI, 2001).

Uma equipe interdisciplinar desenvolve um eixo em torno do qual ela se estrutura e se constrói, com a finalidade de compreender e satisfazer as necessidades do usuário, além de permitir maior compreensão do binômio saúde/doença. O usuário é o foco, devendo ser concebido como sujeito integral, dono de sua história e de sua doença. O valor de uma prática interdisciplinar para a saúde no diálogo que se estabelece entre os diferentes saberes, na mudança de atitude diante do conhecimento, parte de uma visão fragmentária para uma visão mais unitária do ser humano. Não se trata, todavia, de se extinguir as especialidades, mas sim de buscar sua inter-relação, permitindo o aumento da capacidade de solucionar problemas considerados complexos. A interdisciplinaridade trabalha, portanto, no sentido da construção de uma visão mais unitária, ampla e complexa não só do ser humano como também do conceito de saúde, estabelecendo a comunicação entre os vários saberes dentro da equipe de saúde (INCA, 2010).

Nas diversas circunstâncias que envolvem o cuidado com o ser humano em situações de adoecimento, o profissional de saúde, tido como agente de cura/cuidado, é confrontado com a angústia, visto ser um agente diretamente envolvido nestes contextos. Emergem por sua vez, dificuldades em lidar com a dor e as frustrações dos outros. Logo, faz-se necessária a prática do diálogo entre os integrantes de uma equipe de saúde, como mostra o livro do INCA (2010, p. 93):

[...] a troca de informações em relação aos sentimentos e sensações, visto que a solidão (em relação à determinada situação) pode

provocar, por exemplo, sensações de vulnerabilidade e impotência. Quando as experiências são vividas isoladamente e sem a possibilidade de uma elaboração compartilhada, aquilo que o profissional sente (insegurança, medo, desamparo) o leva a imaginar que essa avalanche afetiva só ocorre com ele. Por isso, é importante aprender a lidar com a situação objetivando uma atuação positiva e evitar a possibilidade de se tornar candidato ao adoecimento. Para o profissional que recebe o suporte acolhedor de seus pares, fica mais fácil compreender os sentimentos os quais envolvem dada situação sem que isso represente uma mera racionalização dos fatos. É por meio do compartilhamento que se aprende a conviver com essas situações.

Percebe-se o papel fundamental da comunicação para se obter sucesso no processo do cuidar, visando não apenas benefícios para o usuário e seus familiares como também para o profissional de saúde. É através da comunicação que ocorre a partilha de ideias, sentimentos, necessidades. Comunicação é interação humana e esta interação gera comportamentos e reações de acordo com crenças, valores, cultura e história de vida. Disto, advém a importância de se estabelecer uma boa comunicação e uma boa relação entre a equipe de saúde e usuários/familiares (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

3.2 Comunicação entre equipe de saúde e usuários/família

Uma equipe de saúde que atua de forma interdisciplinar tem mais chances de estabelecer equilíbrio e bem estar no ambiente de trabalho.

Como forma de realizar e melhorar o cuidado destaca-se a importância do diálogo, pois através dele se cria uma aproximação entre as pessoas, inicia-se um contato mais próximo, uma relação de integração de culturas, uma troca de experiências e vivências. Uma relação de comunicação eficiente entre todos os envolvidos no processo (equipe de saúde, usuários e familiares) contribui na implementação de uma assistência humanizada. Para que o processo de humanização seja efetivo e transformador é imprescindível estreitar os laços de comunicação, favorecendo a compreensão da realidade do usuário e sua família (BROCA; FERREIRA, 2012).

Promover o cuidado visando manter a saúde e a dignidade humana e considerar o estabelecimento de vínculos, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão são perspectivas contidas na Política Nacional de Humanização (PNH). O

estabelecimento da comunicação entre os profissionais, os gestores e os usuários configura o princípio da transversalidade contido na PNH (BRASIL, 2009a).

Desta forma, a comunicação coloca-se como um elemento essencial no cuidado e é entendida como o alicerce, tendo um papel de instrumento de significância humanizadora e, para tal, a equipe de saúde precisa estar disposta e envolvida a fim de estabelecer essa relação, entendendo a comunicação como uma via de mão dupla, na qual é primordial reconhecer o paciente como sujeito do cuidado e não passivo a ele (BROCA; FERREIRA, 2012).

Portanto, é de extrema importância o desenvolvimento da habilidade de comunicação por parte dos profissionais de saúde com a finalidade de desencadear relações interpessoais com qualidade. As relações interpessoais fazem parte do cotidiano desses profissionais, numa relação com pessoas únicas carenciadas de alguém que os cuide e trate, satisfazendo as suas necessidades. Deve-se valorizar, também, que usuários e seus familiares são indivíduos com valores e crenças diferenciadas, importando considerar e respeitar (INCA, 2010). Diante do exposto, pode-se dizer que a comunicação é um instrumento terapêutico essencial, que viabiliza ao usuário o seu empoderamento através do conhecimento sobre seus direitos como elemento central do cuidado em saúde (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Simões e Rodrigues (2010) expressam que o complexo cotidiano de trabalho na área da saúde implica que o profissional desenvolva algumas competências como: entusiasmo, zelo e confiança, capacidade de dedicação ao trabalho, persistência, raciocínio analítico, capacidade relacional e de comunicação, autocontrole, compreensão das emoções e dos sentimentos, capacidade de decisão, de partilha e de cooperação. Estas habilidades envolvem os domínios: cognitivo (nível do saber), psicomotor (nível do saber-fazer) e socioafetivo, relacional e ético moral (nível do saber-ser).

Estes pesquisadores, ainda trazem a concepção de que da mesma forma que se procuram conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades ligadas às funções de contato, referindo-se ao toque, ao olhar, às distâncias, às posições físicas, ao tempo, à escuta e aos meios de comunicação (competências relacionais). O desenvolvimento destas competências é fundamental no exercício da atuação na área de saúde para o estabelecimento da empatia (SIMÕES; RODRIGUES, 2010).

O exercício da empatia é um ato de cuidado que, no entanto, não pode ser revestido de sentimento de superioridade condescendente, pois é necessário o profissional entrar no jogo inter-relacional e usar a mesma linguagem dos usuários e seus familiares se quiser, de fato,

entrar em sintonia com eles. É indispensável experimentar a angústia do outro ao mesmo tempo em que se exercita a preservação da sua integridade psíquica a fim de esse profissional de saúde não se sentir devastado pelos afetos os quais podem, efetivamente, surgir. Isto é fundamental para entender o ato de cuidar como algo além da disponibilidade benevolente de alguém para com o outro, deixando de lado a característica de que o profissional de saúde é o detentor de algum tipo de poder sobre o outro (INCA, 2010).

Em situações de adoecimento, a família e o usuário passam por diferentes fases. Primeiro, a família passa pelo impacto emocional e dessa forma expressa suas próprias necessidades, medos e inseguranças em relação à evolução do usuário. Estabelecendo-se a comunicação de forma correta e empática, aliviando esses medos e essas inseguranças, configura-se um elo que será o principal suporte físico e emocional do usuário. Portanto, é indispensável tentar estabelecer uma aliança terapêutica com a família ao invés de vê-la como uma barreira para a comunicação com o usuário. (AYARRA; LIZARRAGA, 2001).

Victorino et al. (2007) detectaram que a comunicação entre equipes de saúde e usuário nem sempre ocorre de forma satisfatória, com pouca empatia e grande controle por parte dos profissionais, dificultando a percepção correta da aflição dos usuários e seus familiares. As dificuldades e impedimentos tornam-se ainda mais evidentes quando a equipe deve comunicar más notícias. Estudos como os de Bonamigo e Destefani (2010) e Traiber e Lago (2012) têm demonstrado a necessidade de educação e treinamento dos profissionais de saúde com foco no desenvolvimento da habilidade de comunicar más notícias para minimizar este problema.

3.3 Comunicação de más notícias

Buckman (1984, p. 1597) define má notícia como “qualquer informação que produza uma alteração nas perspectivas da pessoa sobre o seu presente e futuro”. Carrapa (2010) sinaliza que a má notícia gera um déficit cognitivo, comportamental ou emocional na pessoa que a recebe e este déficit persiste por algum tempo após a mesma ter sido comunicada.

Comunicar más notícias é um desafio. Provavelmente, é uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde precisam enfrentar, pois implica em um forte impacto psicológico tanto no usuário, como em sua rede de apoio (PAYÁN, 2012). Segundo Bascuñán (2005) e Baile et al. (2000), o impacto produzido pela má notícia irá depender, não apenas das expectativas e compreensão do usuário e seus familiares, mas também de sua condição física, emocional e do tipo de notícia que é transmitida. Esta, não necessariamente precisa ser o

anúncio de uma morte, porém pode estar relacionada a um procedimento invasivo, ao diagnóstico de doença crônica, a situações terminais, a tratamentos paliativos dolorosos e prolongados, dentre outras informações que impliquem risco na qualidade de vida.

Pode-se perceber que uma má notícia traz consigo o pressuposto de dor e sofrimento, levando a equipe de saúde, o usuário e sua família a um repertório de reações e formas de lidar com a informação bastante diversa, de acordo com aspectos pessoais, profissionais e de seus respectivos contextos (MASSIGNANI, 2007). A dificuldade e frequência com que ocorre este evento contrastam, contudo, com a deficiente preparação (falta de treinamento) das equipes de saúde em termos de habilidades gerais de comunicação, principalmente quando se trata de um comunicado negativo (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

Lima (2003) reforça as dificuldades que emergem na comunicação da má notícia para o profissional de saúde, ao discorrer que embora a equipe de saúde não queira plantar a desesperança, há dúvidas em relação à reação dos usuários e/ou familiares e dificuldades para lidar com as questões emocionais envolvidas. Deve-se considerar também nesse processo, o medo de causar dor no usuário; a equipe sente uma dor empática (desconforto devido ao stress do paciente); medo de ser responsabilizada (culpa do mensageiro); medo do fracasso do tratamento; medo do desconhecido; medo de dizer “não sei”; medo de expressar sentimentos e emoções, medo da própria morte.

Essa problemática se mostra evidente no contexto da hospitalização de recém-nascidos em uma UTIN. Nesse cenário, a comunicação da equipe de saúde – usuário é predominantemente focada na díade de interações entre adultos (equipe de saúde – família), já que o recém-nascido ainda não pode exercer sua autonomia. (MASSIGNANI, 2007). Segundo Braga e Tarantino (2011) é importante avaliar o saber prévio e as necessidades da família para definir como será conduzida a comunicação, devendo se conceber a família como parte ativa, capaz de tomar decisões no processo. Desse modo, constitui-se um desafio para os profissionais de saúde saber se portar de forma verbal e não verbal para produzir novos sentidos no processo comunicacional.

Silva (2012) compreende que a comunicação é um processo complexo envolvendo a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre a equipe de saúde e os familiares. É um processo que possui duas dimensões e que estas são de extrema importância ao se comunicar uma má notícia. A primeira é a dimensão verbal caracterizada por meio da expressão de palavras faladas ou escritas e a segunda é a dimensão não verbal da comunicação, a qual é caracterizada pelo jeito ou tom de voz como as palavras são ditas, por

gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física mantida entre as pessoas.

A comunicação da má notícia realizada de forma adequada pode melhorar a capacidade dos familiares de adaptação à nova situação e auxiliar na formulação de um plano de vida com base em metas realistas. Poder apoiar a família emocionalmente ajuda a estabelecer laços mais estreitos e uma relação de confiança entre a equipe de saúde e a família do RN. Além disso, construir uma relação terapêutica, demonstrar esforço nos cuidados prestados, realizar a troca de informações de forma adequada, ter disponibilidade, adaptar a linguagem técnica e torná-la acessível ao entendimento é altamente relevante para se promover qualidade no atendimento (ALBA; FERNÁNDEZ, 2012).

O exercício da empatia também caracteriza a qualidade na comunicação de uma má notícia. Fish e Shelly em seu livro intitulado “Cuidado espiritual do paciente” (1986, p. 110) definem empatia como “a capacidade de entender aquilo que uma pessoa está sentindo e transmitir-lhe compreensão, mantendo ao mesmo tempo certa objetividade para poder prestar a ajuda necessária”. Em complemento a esta definição Goleman, no livro intitulado “Inteligência emocional” (2007, p. 300) traz a ideia de que a empatia leva ao envolvimento, ao altruísmo e à piedade, gerando tolerância e a aceitação das diferenças, pois enxergar as situações da perspectiva do outro é quebrar estereótipos tendenciosos.

Sampaio, Camino e Roazzi (2009) abordam a empatia como uma habilidade que pode ser aprendida e desenvolvida. A compreensão empática ocorre quando se vai além de um entendimento “exterior” sobre os pensamentos e sentimentos do outro, consegue-se compreender o outro “por dentro”. Para isto, é necessária a sensibilização do profissional de saúde pela experiência dos pais do seu paciente, a apreensão e a compreensão de seus estados internos, sem que sejam realizados julgamentos de valor sobre a subjetividade deles.

A empatia é um dos componentes da habilidade de comunicação e é indispensável no processo de comunicação de más notícias. Neste momento da interação, a empatia se dá em duas etapas: a primeira se caracteriza pelo profissional de saúde que empatiza estar envolvido em compreender a perspectiva e os sentimentos dos pais do RN hospitalizado, e tentar experimentar o que se passa com eles naquele momento. A segunda etapa tem como objetivo comunicar este entendimento de forma sensível (FALCONE, 1999).

Fica evidente que o modo como se comunicam más notícias influencia usuários e familiares, a exemplo da família do recém-nascido hospitalizado em uma UTIN e muitas vezes podem surgir danos, traumas e outros prejuízos.

A relevância do uso efetivo da comunicação no momento da comunicação de uma má notícia, bem como o entendimento da comunicação como uma habilidade a ser apreendida, levou a criação de uma série de recomendações para o uso efetivo dessa habilidade. Estas recomendações visam aspectos como o da preparação, o contexto em que as más notícias são apresentadas e um clima favorável para a empatia que deve estar presente. A existência de diretrizes expostas em alguns protocolos pode tornar os profissionais de saúde mais capazes de conviver e desdobrar as emoções originadas por tais vivências (CARRAPA, 2010).

Fala-se de protocolo como um guia, uma referência, um norteador de ações. Como a aceitação da doença e da morte em crianças é difícil para a sociedade, os protocolos auxiliam a pôr em relevo as particularidades que envolvem a comunicação com crianças, adolescentes, familiares e acompanhantes em situações delicadas (INCA, 2010).

Robert Buckman (2005), um dos principais expoentes na área de comunicação de más notícias, descreve um protocolo denominado “Protocolo SPIKES”, um dos mais conhecidos no mundo ao abordar a comunicação de más notícias. Este protocolo é citado, além de incentivada sua utilização, em estudos como por exemplo: Payán (2012), Traiber e Lago (2012), no livro do Instituto Nacional do Câncer (2010), entre outros.

Buckman (2005) o define como uma estratégia e sugere um método para realizar a comunicação de uma má notícia. É composto por seis etapas definidas a seguir:

1) “*Setting up the interview*” (planejando a entrevista): deve-se rever os dados que fundamentam a má notícia; avaliar os próprios sentimentos (do profissional de saúde) sobre a transmissão dessa má notícia; prover ambiente com privacidade; informar sobre possíveis interrupções que possam ser inevitáveis; desligar o celular ou colocá-lo no silencioso; envolver pessoas importantes, se este for o desejo do paciente; sentar-se e colocar-se disponível para o paciente.

2) “*Assessing the patient’s perception*” (avaliando a percepção do paciente): deve-se procurar saber como o paciente e a família percebem sua situação médica; o que já foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais; qual a sua compreensão sobre as razões pelas quais foram feitos exames; perceber se o paciente e a família estão comprometidos com alguma variante de negação da doença: omissão de detalhes médicos essenciais, mas desfavoráveis sobre a doença ou expectativas não realistas do tratamento.

3) “*Obtaining the patient’s invitation*” (obtendo o convite do paciente): deve-se procurar saber, desde o início do tratamento, se o paciente deseja informações detalhadas

sobre o diagnóstico, prognóstico e pormenores dos tratamentos ou se quer ir pedindo informações gradativamente. No caso do paciente não desejar ou não ter condições de ser informado sobre questões de continuidade do processo e decisões do tratamento, alguém da família deve ser esclarecido sobre a autonomia da equipe, com o máximo de compartilhamento e o mínimo de conflito possível. Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos, não se deve mentir.

4) “*Giving knowledge and information to the patient*” (oferecendo conhecimento e informação ao paciente): deve-se anunciar com delicadeza as más notícias que estão por vir; dar tempo ao paciente e à família para se dispor a escutá-las. Deve-se evitar a linguagem científica, adaptando-se ao vocabulário e nível de compreensão do paciente, além de considerar as referências culturais e sociais singulares dos pacientes e familiares. Evitar a dureza excessiva, informar aos poucos, buscando conferir o progresso de sua compreensão; evitar transmitir desesperança e desistência, valorizando, ao contrário, o alívio dos sintomas e o acompanhamento solidário.

5) “*Addressing the patient’s emotions with empathic responses*” (abordando as emoções dos pacientes fazendo uso de respostas afetivas): visa favorecer a expressão dos pacientes e familiares sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos e emoções para ajudá-los a superar estados de choque e evitar o descontrole; acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo dos pacientes e familiares, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade do acompanhamento; fazer o exercício de escutar/observar as emoções – identificar as emoções – reproduzir as emoções para que o paciente perceba que o profissional entendeu o que ele explanou e que está em sintonia afetiva (ajuda a reduzir os sentimentos de isolamento do paciente e familiares); estimular a expressão dos sentimentos e preocupações; expressar solidariedade.

6) “*Strategy and summary*” (resumindo e traçando estratégias): tem por finalidade resumir as principais questões abordadas e traçar uma estratégia ou um plano de tratamento para o futuro para ajudar os familiares e pacientes a se sentirem menos ansiosos e inseguros; antes de discutir um plano de tratamento, é importante perguntar aos familiares e pacientes se eles estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento; compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com a família e o paciente de acordo com o seu grau de entendimento; avaliar o não entendimento dos pacientes sobre a discussão, prevenindo sua

tendência a superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento; ser honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos pacientes.

3.4 O contexto da hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A Neonatologia é um ramo da Pediatria que se debruça sobre diagnóstico/tratamento das adversidades que envolvem o recém-nascido no período compreendido desde o nascimento até o 28º dia de vida (INÁCIO et al., 2008). Essas questões adversas podem ser vividas dentro do contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Um parto complicado ou prematuro, uma cesariana de urgência que não foi programada ou qualquer outra irregularidade pode levar o RN à UTIN. Neste momento, ocorre a separação inevitável entre a família e o seu filho. Esta separação é causa de conflitos, pois é originada uma discordância entre o filho que foi sonhado e desejado durante a gestação e o filho que existe e é visualizado com sua problemática e necessidade de apoio e acolhimento para lutar, na maioria das vezes, pela vida (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

Os pais desta criança se encontram em situação de tensão emocional, pois estarem separados do filho é doloroso, o ambiente hospitalar é desconhecido e estranho, eles se enxergam numa situação de dependência da equipe de saúde para se sentirem capazes de lidarem com a situação e se familiarizarem com os cuidados de seu filho (WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013). Podem surgir sentimentos de culpa, medo, depressão, ansiedade, além de incerteza em relação ao futuro do seu filho (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

A boa comunicação (honesta, clara e compassiva) sustenta uma boa prática de saúde, ao passo que a má comunicação gera insatisfação dos pais e aumento das reclamações (FOWLIE; JACKSON, 2007). Corroborando esta ideia, Wigert, Dellenmark e Bry (2013) e Harvey et al. (2013) mostram que o estabelecimento de uma boa comunicação entre a equipe de saúde e os pais dos RN é parte essencial do apoio oferecido aos últimos. Eles sentem a necessidade, não apenas de tomar conhecimento das práticas intervencionistas realizadas, mas também desejam dividir sentimentos e emoções com a equipe de saúde sobre o momento de vida experienciado.

O elemento da comunicação além de disponibilizar a informação, também pode disponibilizar o apoio emocional à família do RN. Isto permite que ocorra a participação nos cuidados e o envolvimento na tomada de decisão em relação às condutas de saúde (FRANCK;

AXELIN, 2013). Portanto, cabe à equipe de saúde educar os pais e convidá-los a participar dos cuidados e das tomadas de decisões referentes a seus filhos (WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013).

Um estudo desenvolvido por Contro et al. (2002) concluiu que características como: honestidade, compaixão, uso da franqueza, ser cuidadoso ao se expressar, demonstrar disponibilidade, expor acurácia clínica, promover o empoderamento dos pais/familiares (participação nas decisões), utilização de linguagem adequada (acessível e não técnica) e estabelecer uma relação de confiança foram apontadas por pais de crianças internadas. Estes pais julgaram estas características como indispensáveis para o estabelecimento da comunicação de qualquer má notícia de forma adequada, minimizando possíveis traumas, estresses desnecessários e o sentimento de raiva e de terem sido vitimizados.

Estudos como os de Bonamigo e Destefani (2010) e Moraes et al. (2009) abordam que a sensibilidade na comunicação de más notícias é uma questão de humanismo. O sentido de humanizar é acolher o usuário e sua família em sua essência, partindo de uma ação efetiva refletida em solidariedade, compreensão do ser doente e apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher legitimamente a diversidade tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, a fim de proporcionar um atendimento mais seguro, afetuoso e terno. A humanização se dá quando se consegue associar os recursos tecnológicos disponíveis ao reconhecimento de um usuário e sua família: individual e singular, necessitando ser valorizado e respeitado em sua dignidade.

O atendimento humanizado facilita não só a comunicação de más notícias como também auxilia na implementação dos cuidados prestados ao RN, no apoio prestado aos pais e no estabelecimento de uma boa relação entre a equipe de saúde e os pais do RN. Esta boa relação é fundamental para a recuperação do recém-nascido, visto que é necessário o contato dos pais com seus filhos enquanto eles estiverem internados na UITN (FLEURY; PARPINELLI; MAKUCH, 2014).

3.5 Humanização em saúde

Humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), dando ênfase à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos e a participação coletiva no processo de gestão. Esta é a definição

proposta pela Política Nacional de Humanização. Sua execução pressupõe mudanças no modelo de gestão, tendo como foco das ações em saúde as necessidades dos cidadãos (BRASIL, 2006).

Para haver humanização, deve existir compromisso com a ambiência; melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas; trabalho em equipe multiprofissional (com atuação transdisciplinar); fortalecimento do controle social, com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de Educação Permanente (BRASIL, 2006).

Humanizar significa apropriar-se de uma nova concepção do fazer em saúde, pelo rompimento do paradigma biologicista, ao entender que é importante levar em consideração a visão do sujeito como objeto de sua intervenção em razão de uma percepção legítima e ampliada do ser humano com suas necessidades, sentimentos e os condicionantes biológicos, sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2006). Significa, ainda, compreender que, mesmo sendo considerado um período de grandes vulnerabilidades, ansiedades e preocupações, o internamento de um recém-nascido em uma UTIN, é um momento único na vida das famílias e do recém-nascido, cabendo-lhes o direito de vivenciá-lo com a maior autonomia possível, sem abrir mão da atenção profissional para si e para seu filho (WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013).

Fortes (2004, p. 31) lembra que “humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo-se uma postura ética ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário, o mesmo passando a ser entendido como um cidadão, e não apenas como um consumidor dos serviços de saúde”.

Veras e Moraes (2011) colocam que a humanização extrapola os limites do fazer técnico em saúde, pois visa mudanças na gestão e nos valores implícitos na estrutura social, física e funcional, tornando-se fundamental compreender o processo entrelaçado com as questões sociais, políticas, econômicas e culturais. A humanização também deve ser vista como resultado das relações estabelecidas entre a formação e a prática profissional (valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho), a fim de transformar a realidade dos serviços de saúde garantindo aos recém-nascidos e seus familiares o direito à saúde integral e ao bem-estar (BRASIL, 2006).

Portanto, transformar o quadro tecnicista que permeia as relações de trabalho na saúde, incentivar o atendimento das singularidades dos indivíduos além de estabelecer um vínculo com os direitos humanos, que é um princípio que deve ser respeitado em qualquer aspecto do cuidado, são objetivos da PNH (BRASIL, 2009a).

Para a promoção de um ambiente humanizado é necessário acolhimento. Acolhimento no sentido de envolver as relações humanas entre profissionais e familiares dos recém-nascidos envolvendo escuta, valorização das queixas, identificação das necessidades e sua transformação em ações da saúde (BRASIL, 2006).

A mudança no foco de atenção do cuidado da doença para o ser humano é indispensável para que se estabeleça o acolhimento. A equipe de saúde deve focar no atendimento integral e holístico do recém-nascido e sua família, que são seus objetos de trabalho, para oferecer um atendimento humanizado e acolhedor (SILVA; ALVES, 2008), fortalecendo esses atores presentes no seu processo de trabalho.

O acolhimento “é uma postura ética que implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de ‘abrigar e agasalhar’ outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade” (BRASIL, 2010a, p. 19). Para uma assistência acolhedora e humanizada é necessário que ocorra a valorização, o respeito e a aceitação do outro; a devida escuta e empatia pelo outro; além de se estabelecer comunicação com o outro. Sem comunicação não há humanização (DESLANDES, 2004; VERAS; MORAIS, 2011).

Para a promoção de relações humanizadas e acolhedoras é necessário empatia. A empatia é entendida como valiosa no processo de humanização das ações em saúde. O indivíduo tenta se colocar no lugar do outro e passa a agir de acordo com ideais e valores, imprimindo maior relevância e significado ao cuidado prestado; o indivíduo trata o outro como gostaria de ser tratado, ou mesmo como gostaria que um familiar fosse tratado. O cuidado é pautado na capacidade de envolvimento com o paciente e na possibilidade de vislumbrar as necessidades deste, fundamentadas numa compreensão de bem-estar pessoal (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013; MONGIOVI et al., 2014).

Scarpellini et al. (2014) traduziu para o português do Brasil e validou a escala de avaliação de empatia clínica *Consultation and Relational Empathy* (CARE) em seu estudo. Esta escala avalia a interação do médico com o paciente e avalia alguns pontos como se o profissional de saúde deixou o paciente à vontade, sendo gentil e amigável; se o profissional deixou o paciente contar a sua “história” e se ele estava escutando o que foi dito; se o

profissional demonstrou cuidado e compaixão; se foi planejado junto com o paciente as próximas condutas a serem tomadas; dentre outros.

A escala pode auxiliar no estabelecimento de relações empáticas, oferecendo uma melhor qualidade de atenção nas práticas em saúde.

Percebe-se que a comunicação é fator essencial para o estabelecimento da empatia, do acolhimento e consequentemente da humanização nas ações de saúde. Ela “conduz o processo de cuidar, pois é a partir da utilização deste meio que se torna possível identificar, analisar, compreender e repassar a situação na qual o indivíduo está inserido, possibilitando a construção de estratégias” para cada contexto em particular (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013, p. 567).

É importante pensar que a humanização precisa estar inserida no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a fim de garantir uma assistência integral, acolhimento, estabelecimento de relações empáticas que visam a adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde, o empoderamento e autonomia dos pais e da família do recém-nascido, além do estabelecimento de uma relação de confiança (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo

Para compreender como se dá o processo de comunicação de más notícias realizado pelos profissionais de saúde na UTIN, propõe-se um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa.

Os estudos descritivos têm como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno, além de relacionar variáveis. As pesquisas exploratórias asseguram maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito (GIL, 2007).

Flick (2009, p. 37) afirma que “a pesquisa qualitativa dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”. O foco da pesquisa qualitativa não é diretamente o estudo do fenômeno em si, mas os significados que estes fenômenos trazem para aqueles que o vivenciam.

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida, mediante autorização prévia que se deu por meio de carta de anuência (Anexo B), em instituição de saúde pública, atuante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, localizada na cidade do Recife, capital de Pernambuco, estado da região Nordeste do Brasil.

A referida instituição é uma unidade de saúde tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população de todo o Estado de Pernambuco em diversas áreas especializadas da Medicina. Reúne profissionais renomados e serve de campo de atuação para centenas de estudantes de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, assistência social, nutrição e odontologia. Possui mais de 300 leitos em diversas clínicas: clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras. Também oferece leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para o atendimento da população (HC/UFPE, [sd]; SILVA, 2002).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal está situada em uma ala anexa ao Centro Obstétrico e admite apenas recém-nascidos, cujos partos aconteceram na referida instituição. A UTIN dispõe de 08 leitos para terapia intensiva e 10 leitos para cuidados intermediários.

Neste setor a equipe de saúde é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo, médicos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e nutricionistas.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes elegíveis eram todos os profissionais de saúde de nível superior, os quais incluíam: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social. O setor possuía no seu quadro funcional 35 profissionais de saúde de nível superior.

A partir da inserção da pesquisadora no campo, aqueles que preenchiam os critérios de inclusão e aceitaram participar, compuseram a amostra final: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogo que eram as categorias profissionais que realizavam a comunicação de más notícias aos familiares dos RN.

Foram incluídos profissionais da área de saúde de nível superior que trabalhavam na UTIN por um período mínimo de um mês e possuíam vínculo empregatício com a instituição, sendo também necessário que estes profissionais participassem em algum momento da comunicação de más notícias.

Foram excluídos profissionais que estavam afastados de suas atividades por motivo de licença médica, férias ou algum outro motivo durante o período de coleta de dados.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência. A amostragem não probabilística geralmente é utilizada em estudos qualitativos e tem como definição a dependência do julgamento do pesquisador na escolha, não dependendo de sorteio a partir do universo. A seleção por conveniência é baseada na viabilidade, ocorrendo quando os participantes são selecionados por proximidade ou disponibilidade (DUARTE, 2005).

O tamanho da amostra foi definido utilizando o critério de saturação teórica. Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 17) definem, operacionalmente, como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi iniciada, somente, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), iniciando-se no mês de dezembro de 2014 e finalizando no mês de julho de 2015.

No início do segundo semestre de 2014, foi realizado o reconhecimento do local de estudo, sendo apresentado o projeto de pesquisa à chefe e à enfermeira supervisora da UTIN. Em dezembro do mesmo ano foi realizada uma reunião, com a equipe da UTIN e do bloco obstétrico, a fim de debater o tema comunicação de más notícias. Ao término deste encontro, a chefe da UTIN apresentou a pesquisadora e seus objetivos de pesquisa para os profissionais de saúde do setor.

A partir de então ocorreu uma maior aproximação da pesquisadora com os profissionais do setor, de forma diária e em turnos alternados, para que eles pudessem se familiarizar com a proposta em estudo e posteriormente serem convidados pela pesquisadora a participarem. Desta forma, a coleta de dados foi realizada.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: formulário de caracterização dos entrevistados, contendo características sociodemográficas e informações envolvendo formação e vivências relacionadas à comunicação de más notícias em saúde (Apêndice A) e um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B).

Na utilização dos referidos instrumentos para a coleta de dados, primeiramente, o participante preencheu o formulário de caracterização da amostra o qual continha informações sobre sua categoria profissional, se tinha filhos, qual religião seguia, tempo de atuação na UTIN, questões relacionadas ao conhecimento/preparo e vivências relacionados ao tema em estudo (Apêndice A).

Após o preenchimento deste formulário, foi realizada a entrevista semiestruturada (Apêndice B) que buscou entender como se dá o processo de comunicação de más notícias no contexto da UTIN e foi composta por algumas questões norteadoras sobre más notícias em saúde e vivências envolvendo más notícias.

O preenchimento de todos os instrumentos de coleta foi realizado no mesmo dia, na própria instituição, com a finalidade de não alterar a rotina dos participantes (com exceção da participação da psicóloga, a qual solicitou que a entrevista ocorresse em sua residência por

motivos pessoais). O agendamento foi realizado de acordo com a disponibilidade dos participantes.

A entrevista qualitativa é íntima, flexível e aberta. É uma reunião para conversar/trocar informações entre o entrevistador e os entrevistados. A condição essencial da entrevista qualitativa é a compreensão dos modos de vida dos entrevistados, o entendimento de uma situação ou da estrutura de um problema. Ela é uma poderosa forma de tentar compreender a condição humana, já que permite a identificação de diversas maneiras de perceber e descrever os fenômenos (BAUER; GASKELL, 2002; DUARTE, 2005; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A entrevista individual semiestruturada foi utilizada neste estudo. Individual, pois ocorreu uma interação diáde, ou seja, foi uma conversa um a um (entrevistador e entrevistado) visando uma troca de ideias e significados em que foram exploradas e desenvolvidas várias percepções a respeito do problema em questão (BAUER; GASKELL, 2002). Semiestruturada, combinando perguntas fechadas e abertas, propiciando ao entrevistado verbalizar seus pensamentos, tendências e reflexões acerca do problema em estudo, não se prendendo à indagação formulada (MINAYO, 2006; ROSA; ARNOLDI, 2008).

O roteiro foi o elemento que conduziu a entrevista semiestruturada. Minayo (2006, p. 191) sinaliza que ele “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”. Os tópicos tiveram função de lembretes e foram memorizados pelo pesquisador, pois serviram como um guia ao andamento da conversa. O roteiro permitiu flexibilidade nos diálogos, além da apreensão de novos temas e questões trazidas pelo entrevistado durante a conversa.

Durante o mês de fevereiro foram realizadas três entrevistas-piloto com participantes que preenchiam os critérios de inclusão e trabalhavam em contextos semelhantes ao cenário de investigação, com a finalidade de avaliar os procedimentos para a coleta de dados, além de adaptar o roteiro da entrevista aos objetivos da pesquisa.

A entrevista-piloto auxilia no aperfeiçoamento e desenvolvimento dos instrumentos da pesquisa, assim como avalia o grau do viés do pesquisador, além de ajudar a estruturar as questões norteadoras, a coletar informações básicas e a adaptar os procedimentos da pesquisa. (CRESWELL, 2014).

A partir da realização das entrevistas-piloto, com transcrição das falas, não ocorreram mudanças nos instrumentos de coleta de dados, sendo que as modificações foram relacionadas

à postura do entrevistador durante a realização das entrevistas. As entrevistas-piloto tiveram uma duração média de 15 minutos.

Para que o registro das entrevistas seja literal, integral e ofereça maior segurança à fonte recomenda-se a sua gravação (DUARTE, 2005). Sendo assim, as entrevistas foram gravadas (em aparelho digital do tipo *Iphone*, da marca *Apple*, através do aplicativo *Quickvoice Recorder* para gravador de voz). O próprio pesquisador realizou a sua transcrição logo após a coleta.

Foram realizadas 16 entrevistas, as quais compuseram o *corpus* de análise. Estas entrevistas tiveram sua duração variando de 9 a 44 minutos.

As entrevistas foram realizadas após consentimento dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A).

4.5 Análise dos Dados

Os dados relacionados ao formulário de caracterização da amostra foram tabulados e expressos de forma descritiva.

Os dados referentes às entrevistas semiestruturadas foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009).

Estes dados foram analisados da seguinte forma: após a transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura exaustiva dos dados e foram destacadas palavras usadas para dar ênfase, metáforas, dificuldades dos entrevistados em se expressarem sobre o tema estudado e outros pontos que chamaram atenção (GIBBS, 2009). A próxima etapa foi a de codificação e categorização temática, na qual foi utilizado como referencial para análise dos dados o autor Gibbs (2009).

O primeiro passo foi executar a codificação descritiva, a qual visa definir códigos descritivos. Os códigos formam um foco para pensar no texto, definem os dados em análise, as ideias centrais do texto. O segundo passo foi elaborar as categorias através da categorização. Para executar este passo foi necessário se afastar das descrições e atingir um nível mais categórico e analítico, buscando o sentido central (núcleo de sentido) que está representado na fala do entrevistado. E por último, foi desenvolvida a codificação

analítica/temática, a qual dá origem aos códigos analíticos ou códigos temáticos (GIBBS, 2009).

Para a elaboração dos códigos analíticos/temáticos foi necessária uma maior reflexão e aprofundamento em relação às categorias. Os códigos analíticos/temáticos representam um nível mais teórico e profundo da análise, existindo a necessidade de enxergar aquilo que está implícito no que foi dito pelo entrevistado (GIBBS, 2009).

Durante o desenvolvimento de toda a codificação e categorização temática, memorandos foram elaborados. Os memorandos são criados para teorizar, refletir, elaborar e registrar as ideias que o pesquisador vai tendo durante toda a análise dos seus dados. Os memorandos são “pensamentos analíticos sobre os códigos e proporcionam esclarecimento e orientação durante a codificação” (GIBBS, 2009, p. 51).

O tipo de codificação e categorização temática utilizada na pesquisa foi a codificação baseada em dados, ou como também é conhecida, codificação aberta. As entrevistas foram lidas de forma reflexiva com a finalidade de identificar códigos e categorias relevantes. Na codificação baseada em dados, o pesquisador inicia seu estudo sem nenhum código pré-determinado, sendo estes definidos com os dados produzidos pela coleta (GIBBS, 2009).

A fim de auxiliar no processo de codificação e recorte dos núcleos de sentido na fase de exploração do material foi utilizado o programa *Atlas.ti for Windows* (versão 7.0). Sampieri, Collado e Lucio (2013) relatam que este programa permite segmentar o material coletado em unidades de significado, codificando-o, além de visualizar as relações estabelecidas das categorias, conceitos, temas, entre outros.

Creswell (2010) e Flick (2009) dizem que o programa permite a realização de operações no nível textual e conceitual. Sendo o *Atlas.ti for Windows* (versão 7.0) classificado como um construtor de teorias baseadas em códigos, o processo adotado para a análise dos dados no programa é o mesmo adotado na codificação manual. O pesquisador é quem faz a codificação e classificação. O programa oferece a possibilidade de armazenar os dados produzidos a partir dos códigos criados pelo pesquisador e com fácil acesso a estes dados, possibilita, ainda, a organização de arquivos de texto, gráficos, áudio e visuais, juntamente com a codificação realizada e anotações dentro de um mesmo projeto.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para avaliação,

obedecendo à resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e recebeu parecer aprovado sob CAAE nº: 38716014.7.0000.5208.

4.6.1 Riscos e Benefícios para o Participante e a Comunidade

O tipo de abordagem desenvolvida nesta pesquisa se classifica como de risco mínimo a seres humanos pela possibilidade de desconforto/constrangimento para os entrevistados durante o procedimento de coleta de dados, uma vez que as perguntas são de cunho pessoal. Como forma de minimizar tal risco, as entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo e previamente combinado com o/a voluntário/a. Foram assegurados o sigilo de qualquer informação, bem como o direito de rejeitar ou retirar-se da pesquisa em qualquer momento que o participante julgasse necessário.

No momento da coleta de dados, os participantes foram informados a respeito do objetivo e desenvolvimento da pesquisa, assim como todas as dúvidas foram esclarecidas. Além disso, foram informados a respeito da garantia do anonimato (os dados da pesquisa serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não ocorrendo identificação dos participantes), a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Para garantir o anonimato, cada participante foi identificado por sua categoria profissional acrescido do número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

Como benefício direto desta pesquisa destaca-se a realização de um diagnóstico sobre a realidade estudada no que se refere à comunicação de más notícias realizadas pelos profissionais de saúde no contexto da UTIN, visando fornecer subsídios para futuros estudos de intervenção que trabalhem para uma melhor forma de interação entre os profissionais de saúde como equipe e dos profissionais de saúde com as famílias dos usuários, principalmente quando esta interação for referente à comunicação de más notícias. Além disso, as entrevistas podem ter proporcionado um momento de reflexão sobre a prática de comunicação de más notícias no seu cotidiano de trabalho.

Como benefício indireto, destaca-se a produção do conhecimento. Pesquisas nesta área precisam ser implementadas a fim de identificar dificuldades e propor soluções/medidas que melhor se ajustem à realidade de trabalho de cada cenário estudado.

4.7 Problemas metodológicos

Algumas dificuldades ocorreram ao longo da coleta de dados. Entre elas estão: dificuldades de entrar em contato com os profissionais para convidá-los a serem voluntários na pesquisa ou outros com os quais foi realizado o convite, porém a entrevista, de fato, nunca se concretizou pela falta de disponibilidade dos profissionais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 16 profissionais de saúde com formação de nível superior.

Quanto às características sociodemográfica, a faixa etária variou de 26 a 58 anos de idade. Os participantes eram solteiros, casados e divorciados. A quantidade de filhos dos participantes foi de 01 a 03, com idades variando de 02 a 30 anos, porém houve uma predominância na faixa etária de 01 a 10 anos, conforme Quadro 1.

Quanto às informações envolvendo vivências e formação relacionadas à má notícia, o tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal variou de 01 mês a 33 anos. O tempo maior ou menor de experiência em UTIN não foi crucial para definir condutas e posturas dos profissionais frente à comunicação de más notícias, pois estes já tinham experiências prévias. No momento da coleta de dados, a instituição passava por um processo de reestruturação recebendo funcionários com experiência na área de pediatria e UTI recém contratados. Com relação à busca de conhecimento sobre a temática, apenas 06 participantes declararam que buscaram através de palestras, leitura de artigos, livros, conversas com psicólogos.

No grupo estudado apenas um participante referiu ter tido algum preparo sobre comunicação de más notícias durante a graduação. Isto reflete a ideia, encontrada em outros estudos, de que a formação profissional em saúde precisa suscitar a reflexão de temas relacionados à comunicação, relações interpessoais, além de questões de subjetividades do ser humano.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes segundo aspectos sociodemográficos, formação e vivências relacionadas à comunicação de más notícias. Recife, Brasil, 2015.

Profissão/ Entrevistado	Sexo	Filhos	Religião	Tempo de atuação em UTIN (anos)	Preparo na Graduação	Preparo na Pós Graduação	Recebeu MN (sua saúde)	Recebeu MN (saúde de filho/ família)
Enfermeira 01	F	Não	Evangélica	10 a e 03 m	Não	Não	Sim	Sim
Médica 02	F	Sim	Católica	13 a	Não	Sim	Não	Sim
Fisioterapeuta 03	M	Sim	Católico	04 a	Não	Não	Não	Não
Enfermeira 04	F	Não	Evangélica	07 m	Não	Não	Não	Sim
Enfermeira 05	F	Sim	Católica	09 m	NL	Não	Sim	Sim
Médica 06	F	Sim	Não possui	12 a	Não	Não	Sim	Sim
Fisioterapeuta 07	F	Não	Católica	01 m	Não	Não	Sim	Sim
Fisioterapeuta 08	F	Sim	Evangélica	05 a	Não	Não	Não	Sim
Médica 09	F	Sim	Católica	33 a	Não	Sim	Sim	Sim
Enfermeira 10	F	Sim	NI	30 a	Não	Não	Sim	Sim
Fisioterapeuta 11	F	Não	Não possui	09 m	NL	Não	Sim	Sim
Fisioterapeuta 12	F	Sim	Não possui	10 a	Sim	Não	Sim	Sim
Enfermeira 13	F	Sim	NI	11 m	NL	Não	Sim	Sim
Fisioterapeuta 14	F	Sim	Católica	12 a	Não	Não	Sim	Sim
Enfermeira 15	F	Não	Católica	03 a e 06 m	Não	Não	Não	Sim
Psicóloga 16	F	Sim	Não possui	05 a	Não	Não	Não	Sim

F: feminino, M: masculino / NI: não informado / a: anos, m: meses / NL: não lembra / UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / MN: má notícia

5.2 Análise qualitativa

Após a análise das entrevistas, os resultados foram agrupados em cinco códigos analíticos/temáticos: *concepção da má notícia*, *comunicação da má notícia*, *sentimentos relacionados à má notícia*, *estratégias relacionadas à comunicação da má notícia*, *comunicação de más notícias no contexto da UTIN*. Os conteúdos trazidos pelos profissionais foram apresentados e discutidos considerando consensos e contradições nos discursos, contribuindo para uma maior aproximação da complexidade do fenômeno estudado (Figura 1).

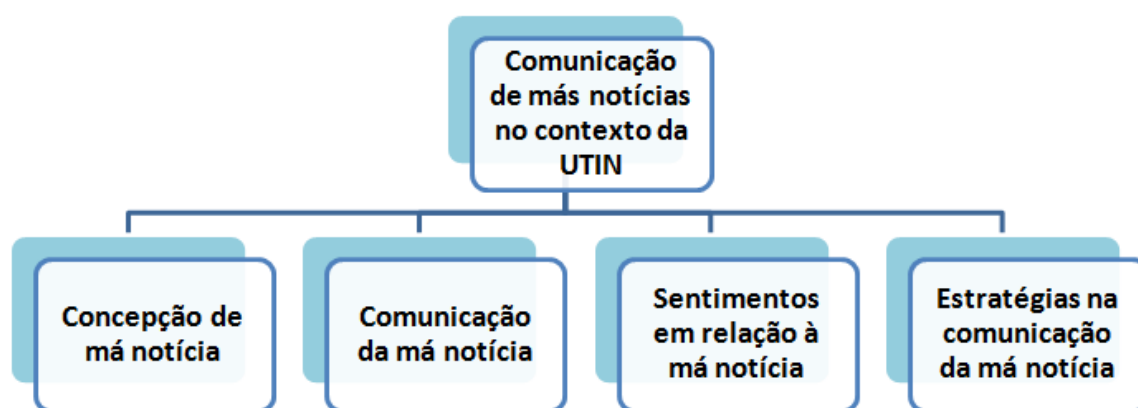


Figura 1 – Demonstração dos códigos temáticos sobre a comunicação de más notícias no contexto da UTIN, Recife, Brasil, 2015.

Fonte: Autoria própria.

5.2.1 Concepção de má notícia

A primeira codificação analítica/temática se refere à concepção de má notícia para os profissionais de saúde, considerando o campo de trabalho: o contexto da assistência prestada aos recém-nascidos internados na UTIN. Os entrevistados foram questionados sobre o que eles consideravam como má notícia e a partir deste questionamento surgiram três desdobramentos: conceito propriamente dito, uma hierarquização quanto aos tipos de más notícias e os atores envolvidos na comunicação da má notícia (Figura 2).



Figura 2 – Concepção de má notícia, Recife, Brasil, 2015.

Fonte: Autoria própria.

No que se refere ao conceito de má notícia, nove dos participantes conceituaram-na a partir de uma visão denominada ampliada. Esta concepção se refere ao modo de pensar a má notícia de forma ampla, humanizada e empática. Estes profissionais conceituaram a má notícia como uma situação que foge à expectativa da família ou da equipe de saúde, eventos que geram estresse e ansiedade na família, como a perda do vínculo entre familiares e recém-nascidos suscitada pela necessidade de cuidados intensivos e a evolução clínica desfavorável.

É tudo aquilo que você sabe que não era expectativa dos pais ou da equipe. [...] (Médica 02)

Eu acho que tudo que vá gerar preocupação na pessoa, um exame que não deu certo, alguma coisa que ainda vai ter que pesquisar mais, não está podendo se alimentar ainda, não pôde ser extubado, ainda está precisando de ventilação, ainda está precisando de um CPAP [...] (Fisioterapeuta 07)

Má notícia é quando você chega pra dizer pra família, à mãe e à família, que o bebê não está bem, o estado, a evolução clínica, o bebê não está evoluindo satisfatoriamente. [...] (Enfermeira 10)

Eu acredito que o simples fato de o seu bebê estar numa UTI já deve ser uma má notícia. (Fisioterapeuta 11)

[...] a má notícia, no meu entendimento, é desde àquele menino estar precisando de uma UTI já é em si, uma má notícia. O bebê não poder ir pro peito já é uma má notícia. Não poder alimentar seu bebê, não poder pegar seu bebê no colo. Olhar esse bebê cheio de tubo, cheio

de sonda, cheio de fio, com muitos alarmes, então comunicar a necessidade desse tipo de atendimento já é uma má notícia. [...] (Fisioterapeuta 12)

[...] má notícia também é: ter que ficar lá, só o fato de já dizer: “Seu bebê vai ficar aqui.” Isso é uma grande má notícia, inicialmente. Não poder ficar com o bebê, junto com o bebê, [...] a questão do não poder amamentar ao peito [...] (Psicóloga 16)

Já sete participantes, ao contrário dos primeiros, expuseram uma visão a qual foi denominada restrita. Esta concepção restrita se refere ao fato de enxergar a má notícia em saúde, apenas, como o óbito; o diagnóstico ou a presença de um mau prognóstico; o surgimento de sequelas e uma má formação.

[...] a morte, o prognóstico de vida desse paciente é uma má notícia e as sequelas que vão ficar quando ele sair, [...] desde a redução da visão ou a perda da visão que é mais grave, como sequelas neurológicas, sequelas motoras. [...] (Fisioterapeuta 03)

Má notícia, eu acho que são as situações de má formação, as situações de patologias com risco de vida, de óbito, de patologias que vão deixar sequelas ou que podem deixar sequelas [...]. (Médica 06)

[...] tanto o diagnóstico, [...] alguns desses diagnósticos dizem respeito à questão do prognóstico.[...] (Fisioterapeuta 08)

Notícia do óbito ou a notícia de um bebê que não tem um prognóstico bom. (Médica 09)

A análise dos dados aponta para a coexistência de diferentes visões sobre a má notícia no contexto estudado, com maior predomínio da concepção ampliada, na qual os profissionais de saúde enxergam que o fato do RN necessitar de cuidados intensivos, desde demandas mais simples às mais complexas geram ansiedade e desgaste na expectativa familiar quanto aos cuidados que esperariam ser realizados, a exemplo do aleitamento materno.

O olhar sensibilizado para com as demandas e anseios dos indivíduos assistidos pode ser um requisito indispensável quando se estabelece a comunicação diária com os familiares diante dos acontecimentos inerentes ao cuidado com RN que se encontram em uma UTIN.

Mesmo sendo formados num modelo que muitas vezes privilegia a técnica em detrimento do humano, esses profissionais demonstram um olhar humanizado em relação à má notícia, de forma empática, ao conviver com os familiares e recém-nascidos atendidos. É importante que momentos de educação ocorram promovendo a aprendizagem no ambiente de trabalho, com reflexão sobre as demandas que vivenciam no cotidiano de trabalho. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traz a ideia de que “o aprender e o ensinar se

incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” a fim de transformar as práticas de trabalho e melhorar a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2009b, p. 20).

Por outro lado, os profissionais que entendem a má notícia sob uma visão mais restrita, podem ter essa concepção a partir da sua formação em saúde, muitas vezes ancorada no modelo cartesiano e biologicista. A isto, faz-se uma reflexão em relação à formação acadêmica dos profissionais de saúde, a qual incentiva a manutenção de uma prática baseada no modelo tecnicista, e em muitas ocasiões não há uma reflexão sobre a condição do outro, das vivências e sentimentos do outro, há uma visão com foco no biológico em detrimento de enxergar as relações humanas (TRAIBER; LAGO, 2012).

Corroborando esta ideia, Sucupira (2007, p. 625) afirma que “a relação médico-paciente ainda se constitui um tema marginal, frente à hegemonia do modelo biológico organicista” que rege a formação em saúde. Isto reflete no modo como conceitos complexos e humanísticos são formulados e como os profissionais de saúde atuam dentro de contextos como a UTIN, a forma como enxergam o recém-nascido e sua família (D’AVILA, 2010).

No aspecto referente à hierarquização da má notícia, os entrevistados graduaram as más notícias em: mais leves, outras consideradas intermediárias e outras piores. Notícias como colocar a criança em fototerapia; a realização de uma cirurgia e um exame que possa causar dor no recém-nascido foram classificadas pelos entrevistados como sendo más notícias mais leves. Comprometimento neurológico foi citado como uma má notícia considerada intermediária. Cuidados paliativos e óbito foram consideradas como as piores más notícias para serem comunicadas.

[...] acho que em menor grau, notícia ruim seria, por exemplo, uma nova cirurgia, uma cirurgia, um exame mais complexo que pudesse causar dor ao bebê ou que tivesse algum risco, e acho que maior grau... uma questão de comprometimento neurológico do bebê que muitas vezes a gente vai vivenciar e maior grau ainda a questão do cuidados paliativos quando o bebê já passou por diversas situações e não foi possível lidar com o que ele está vivenciando, aí entra em cuidados paliativos, [...] tem a se esperar só a falibilidade do organismo [...] (Psicóloga 16)

[...] Então comunicar más notícias pra mim, acho que primeiro lugar, a pior má notícia é dizer que o bebê morreu. (Enfermeira 01)

[...] óbito é sem comentários, é a pior notícia [...] (Enfermeira 04)

[...] quando a equipe vai comunicar uma notícia muito ruim. Não é necessariamente uma má notícia, é uma notícia péssima como um óbito ou que a mãe aguarde que agora está só no aguardando (mãe aguardando o bebê falecer). [...] (Fisioterapeuta 12)

No relato dos profissionais, essa percepção hierarquizada expôs um consenso de se entender que a pior má notícia para ser comunicada é a morte de um recém-nascido, expressa como o pior fato a se ocorrer. E isto pode fazer com que o profissional tenha dificuldade para compreender a visão “do outro” (família) sobre o que é considerada uma má notícia em relação à saúde de seu filho.

É necessário pensar no modelo de formação e atenção vigentes: o modelo biomédico. Este modelo leva a reduzir a morte a um fato biológico e patológico, impedindo que se faça uma reflexão para perceber a morte “como dimensão da vida que expressa sua totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual” (BRASIL, 2011, p. 86).

A implementação de uma formação humanista aos profissionais de saúde, requer um olhar para o bem-estar e respeito à dignidade do ser humano, é necessária a fim de transcender os aspectos técnicos do ensino em saúde.

Em consonância com este ponto de vista, D’Avila (2010) afirma que o bom profissional de saúde necessita de outras competências, além de competências técnicas, tais quais: capacidade de julgamento moral de suas ações, bom senso e amor ao ser humano. O avanço da ciência e o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais arrojadas fizeram com que a prática em saúde ficasse mais distante do contato humano resultando na ausência de atos como: conversar, ouvir, entender e até examinar um paciente.

Isto reafirma a necessidade de que durante a graduação deva ocorrer uma reflexão humanística levando o futuro profissional de saúde a pensar sobre valores, princípios fundamentais, caráter e escuta às necessidades do outro.

Com relação aos atores envolvidos, os entrevistados fizeram alusão à mãe, à família, compreendendo que além do conhecimento científico relacionado às demandas de cuidados, o fato do RN se encontrar sob cuidados intensivos adquire um significado próprio e de sofrimento enfrentados pelas famílias.

[...] porque eu estou no outro lado, eu estou como profissional de saúde. Então, uma mãe chega, o bebê dela nasceu e quando ela chega dentro da UTI, da UCI, ele está com sonda. Pra dizer a ela... Pra mim, é relativamente comum, “Não, é só uma sondinha! Porque ele está cansadinho! Porque ele não podendo sugar!” Mas pra ela já não é uma notícia boa [...] (Enfermeira 04)

[...] quando essa mãe recebe essa notícia de que: “Não, seu bebê está bem, mas vai pra UTI.” A gente que está na UTI até pode achar uma coisa mais simples, mais natural, mas de repente, pra essa mãe não é. [...] (Fisioterapeuta 11)

[...] eu tenho duas visões: tem a notícia ruim pra mim que é a questão do agravamento de algum recém-nascido que estava sob meus cuidados, piora ou então uma notícia ruim que diz questão aos cuidados de enfermagem, que esteja relacionado com algum déficit do meu cuidado. [...] E o outro lado da notícia ruim, é a notícia ruim do paciente em relação à família. [...], por exemplo: se aconteceu o extravasamento de uma solução urticante no recém-nascido, isso causou uma queimadura. Então, quando a mãe chega, só de você ir explicar a ela... pra gente, com o tempo, pode até se tornar uma coisa comum de se acontecer, mas pra mãe isso é uma notícia ruim [...] (Enfermeira 13)

Essas dificuldades se apresentam diante da perspectiva de que má notícia envolve além da sua existência, um significado próprio para cada mãe/família e outro para o profissional de saúde que comunica a má notícia, a depender de experiências prévias, da forma que o anúncio é feito, o momento e as consequências que irá causar (MOCHEL et al., 2010).

Ademais, a humanização das práticas em saúde é indispensável, com acolhimento das demandas, anseios e necessidades do outro, envolvido no cuidado. A Humanização deve ser vista e operacionalizada como o acolhimento do outro em sua singularidade, o outro como ser humano único e encontrar formas de lidar com este ser singular, tendo como base o respeito, a dignidade e a liberdade envolvida na relação, dando ênfase em melhorias nas formas de comunicação entre os atores envolvidos no processo (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Acolher essa mãe e essa família significa torná-los protagonistas no processo de produção de saúde, significa ter uma postura de escuta e compromisso de acordo com as necessidades da mãe/família incluindo sua cultura e seus saberes a fim de produzir um vínculo que auxilie na ação terapêutica (BRASIL, 2010a).

5.2.2 Comunicação da má notícia

O segundo código analítico/temático se refere à comunicação da má notícia, o qual foi construído a partir da solicitação da pesquisadora sobre a reflexão do ato de comunicar uma má notícia aos familiares dos recém-nascidos. Foi questionado aos participantes que comunicam más notícias como vivenciam essa prática no seu cotidiano, se solicitam ajuda de alguém para fazê-la e quando solicitam quais os motivos que os levam a solicitar esse apoio e colaboração de outro membro da equipe.

A partir das falas dos entrevistados, emergiram elementos relacionados à comunicação de tipos de más notícias que estariam mais relacionadas à atuação do profissional médico e outro grupo de más notícias que estariam vinculadas à atuação de

“outro profissional” (não médico). Neste mesmo contexto, evidenciou-se uma ruptura na participação da psicóloga em momentos de comunicação de más notícias, sendo que geralmente essa profissional atua junto às famílias em momentos pós comunicação da má notícia por outros profissionais de saúde.

Outro desdobramento emergido nesse código analítico foram os motivos de os profissionais solicitarem ajuda a outros membros da equipe para comunicar más notícias, os quais foram: dúvida técnica, óbito ou mau prognóstico, fragilidade emocional, e momento para aprendizagem dos acadêmicos/ residentes de medicina (Figura 3).

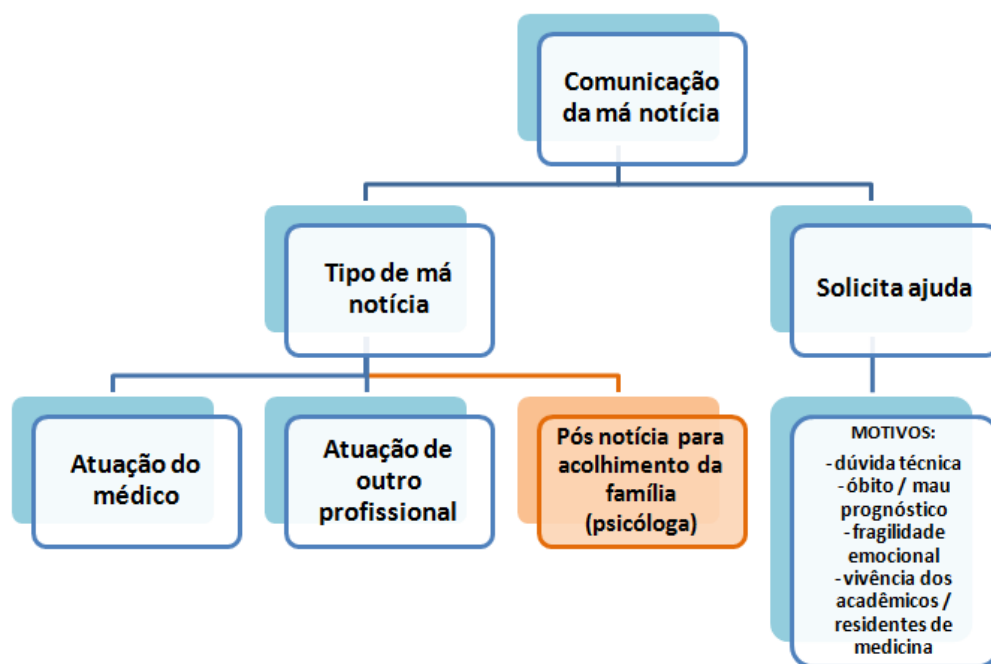


Figura 3 – Comunicação da má notícia, Recife, Brasil, 2015.

Fonte: Autoria própria.

A comunicação de algumas más notícias em saúde (óbito e o mau prognóstico) foi vista como responsabilidade do profissional médico pela maioria dos participantes, entretanto alguns profissionais não médicos (enfermeiras) entendem que a comunicação de um óbito no ambiente de uma UTIN pode ser compartilhada entre a equipe de saúde do setor. Os últimos refletem que este papel é de toda a equipe, pois além de os familiares dos recém-nascidos questionarem qualquer profissional de saúde da equipe, a sobrecarga emocional desta atividade deve ser compartilhada, considerando que a responsabilidade é de todos.

[...] Até que o RN dela morreu, foi a óbito. E quando vai a óbito, a gente organiza tudo, porque na teoria nós não damos essa notícia, quem dá são os médicos. [...] (Enfermeira 04)

Foi dito (o óbito), especificamente, pela médica, a comunicação direta foi pela médica [...] (Fisioterapeuta 12)

[...] geralmente, a notícia ruim relacionada à morte, não (comunica). [...] Ou a descoberta de algum diagnóstico diferente que piora o prognóstico da criança, também é dada pelo médico. [...] (Enfermeira 13)

[...] O óbito eu não estou sozinha. O óbito, eu faço questão de que o médico esteja presente. Eu fico junto do médico, e geralmente, realmente, ele quem dá a notícia. [...] (Enfermeira 15)

[...] eu considero que é você participar também, porque isso faz parte de todos. Comunicar. Porque a mãe não pergunta só pra mim enfermeira, só pro médico, às vezes ela pergunta pra todo mundo. Pros estudantes, pras acadêmicas, ela pergunta tudo. [...] (Enfermeira 01)

[...] por eu não ser médica, eu nunca me esquivei dessa responsabilidade (comunicar uma má notícia) porque tem muitas pessoas que pensam que isso [...] é uma responsabilidade só médica, eu sempre me incluí nesse contexto: Porque só o médico? Porque você vai sobrecarregar? [...] (Enfermeira 10)

Na percepção de outros profissionais, a comunicação da má notícia relacionada ao óbito e prognóstico, muitas vezes, é transferida para o profissional médico, devido os outros profissionais da equipe se esquivarem desta atividade por não se sentirem confortáveis em compartilhar a comunicação da má notícia ou mesmo não possuírem preparo emocional adequado.

[...] Na maioria das vezes, os profissionais correm da notícia e delegam ao médico [...] (Médica 09)

[...] poucos sabem da condução, vai saber daquilo do dia a dia, muitos evitam falar, seja porque não sabe, seja porque tem medo que possa ser alguma coisa mais delicada e causar alguma dificuldade, [...] eu vejo que tem muito isso também: “Eu sei pouco do bebê, eu não quero saber, eu quero estar mais isento.” Então, eu acho que isso diz respeito, talvez a uma resistência, talvez até uma defesa mesmo do profissional que lida com o bebê de não estar tanto em contato. [...] Se eu me envolvo menos eu também sofro menos, enquanto trabalhador, [...] (Psicóloga 16)

Uma outra parcela de profissionais (não médicos) explicam que deixam a cargo do médico comunicar notícias como prognóstico e óbito, pelo fato de acreditarem que esse

profissional de saúde seria o mais indicado para explicar a situação clínica e de evolução do recém-nascido, evitando informarem algo de maneira inadequada.

[...] é uma situação que eu já sei que vai precisar de uma cirurgia, aí chega a mãe ou a avó e diz: “Mas ele está bem, não é?” Aí você fica na [...] situação: eu vou comunicar que ele vai fazer uma cirurgia? Então acho, não é competência minha, eu comunicar que o bebê vai fazer uma cirurgia. [...] (Fisioterapeuta 14)

Ou ainda que quando abordam alguma informação com as famílias, em algumas circunstâncias os médicos questionam tal atuação dos outros membros da equipe.

[...] eu sempre encaminho pro médico: “Ó, fala com a médica, com a médica que está acompanhando ele.” Pra gente não dar informação errada, depois a gente fala alguma coisa e a médica depois: “Ah, porque você foi falar isso? Porque falou dessa forma?” [...] (Enfermeira 05)

[...] eu já dei sim má notícia. [...] com muito cuidado porque a [...] minha profissão não é a profissão, digamos assim, de ponta, então querendo ou não a fisioterapia, ela fica um pouco subordinada. Então a gente também tem que ter esse cuidado pra não estar dizendo coisas erradas [...] (Fisioterapeuta 11)

[...] eu acho que é interessante isso, essas pequenas situações que vão mostrando pra gente como é importante o diálogo, como circular essa ideia, com outros, com os pares... não só os pares de sua categoria, mas com outros pares que estão lá, são outros olhares, [...] vivências, [...] possibilidades que de repente você não pensou, então isso traz um pouquinho dessa falsa onipotência médica [...] (Psicóloga 16)

[...] a mãe é jovem, adolescente, mas com todo empoderamento, com todo envolvimento com esse bebê, [...] o bebê era bastante comprometido, mas era um guerreirão, estava lá se organizando bem direitinho. E aí, a gente não sabe como foi a decisão de transferi-lo pra pediatria, só que era um bebê de UTI pediátrica, [...] como ninguém participou da decisão, só participou da realização da coisa, mas já estava decidido “vai ser assim e ponto”, muita gente estava contra essa conduta, também quando deu errado[...] essa mãe ficou muito incomodada, [...] a equipe perdeu a credibilidade para com ela [...] (Psicóloga 16)

As más notícias vistas como de responsabilidade dos outros membros da equipe de saúde foram as más notícias que estão relacionadas à atuação profissional das categorias dentro do cenário da UTIN, mostrando que os profissionais se sentem mais confortáveis na comunicação de questões ligadas às atividades diretas de sua atuação profissional. Notícias relacionadas às necessidades biológicas do recém-nascido, alguma intercorrência, ou ainda orientações em relação ao quadro do recém-nascido.

[...] “Mãe, ainda não dá pra tirar esse tubinho da boca.” Ou: “Mãe, a gente tirou ontem, mas ele vai ter que voltar.” [...] são consideradas más notícias sim, [...] Então faz parte da rotina. [...] (Fisioterapeuta 12)

[...] outras notícias, por exemplo: o bebê precisou de CPAP, a mãe veio há uma hora e ele não estava com CPAP, veio uma hora depois e ele estava com CPAP, isso é uma notícia ruim. [...] esse tipo de notícia que está relacionado a você orientar a família, fazer a educação do que está acontecendo com seu filho, a gente faz. Eu costumo fazer diariamente. (Enfermeira 13)

[...] ela (mãe) pode chegar na hora que eu estou atendendo o bebê e ele estar intubado e antes ele não estava e na hora ela vai dizer: “Ele foi intubado?” E eu vou ter que dizer: “É mãe, ele piorou, ficou mais cansadinho e aí a médica precisou intubar, [...] (Fisioterapeuta 14)

Diante dos depoimentos dos profissionais entrevistados, fica evidente que não há um consenso na relação entre a equipe no que se refere à comunicação de más notícias, tendo em vista os diferentes pontos de vista e posturas dos profissionais que foi evidenciado quando emergiram os tipos de notícias que foram consideradas como responsabilidade do médico, a sua comunicação.

Uma justificativa utilizada para este fato é a de que o médico possui a formação necessária para realizar a tarefa de comunicar as notícias que foram consideradas piores como o óbito e o mau prognóstico. Esta justificativa é similar ao que foi estudado nas pesquisas de Borges, Freitas e Gurgel (2012) e Mochel et al. (2010). Além disso, o Código de Ética Médica aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (2009) coloca que o médico possui a competência legal para diagnosticar e tratar doenças.

Entretanto, cabe uma reflexão diante desta complexa atribuição. Primeiramente, o profissional médico, assim como outros profissionais de saúde, muitas vezes não são preparados durante a vida acadêmica para lidar com perdas. Sendo assim, fazer esta abordagem de forma solitária representa fracasso, desconforto e angústia para o profissional médico (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Ademais, é necessário considerar que o desenvolvimento da doença ultrapassa o momento do diagnóstico, mostrando que tudo aquilo necessário ao recém-nascido irá perpassar vários momentos de seu tratamento (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012). Daí a importância e a responsabilidade de toda a equipe de saúde, que integra a UTIN, participar da dinâmica de comunicação de más notícias como foi colocado por alguns profissionais entrevistados.

Além destes dois aspectos, pode-se colocar a questão do apoio emocional que ocorre quando a comunicação de uma notícia ruim é compartilhada pela equipe de saúde. Há benefícios na atribuição de novos significados desta má notícia e aceitação da mesma. O Instituto Nacional de Câncer (2010) em seu livro intitulado: “Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde” mostra que a coesão entre o grupo auxilia a minimizar os sentimentos de frustração, medo e solidão ao realizar esta atividade de natureza tão complexa e desgastante.

Diante do exposto, pode ser justificável para os outros profissionais que compõem a equipe de saúde não dividirem a responsabilidade de comunicar algumas más notícias com os médicos, porém esta postura prejudica a qualidade da informação e da assistência prestada ao recém-nascido e sua família. Os estudos de Borges, Freitas e Gurgel (2012) e Silva e Moreira (2015) reforçam que a atuação da equipe de saúde marcada pelo modelo biomédico e pelo paradigma positivista levam a um distanciamento entre as fronteiras das diversas profissões em saúde e prejuízos na qualidade da assistência prestada.

Isto reflete nas relações desenvolvidas dentro da equipe de saúde e na atuação dos profissionais de saúde tanto em relação a um colega da equipe quanto em relação aos familiares dos recém-nascidos, especialmente em relação às mães. O estudo de Pinho (2006) mostra que médicos tendem a enxergar os enfermeiros como assistentes e subordinados. Corroborando com essa constatação, Saar e Trevizan (2007, p 3) mostram que há uma relação hierarquizada dentro da equipe de saúde e que há “uma imagem de discriminação/desqualificação dos outros profissionais por parte dos médicos”. Em contrapartida, membros da equipe de saúde que não são médicos enxergam o médico como o coordenador da equipe, além de preconceituoso, centralizador das ações e resistente ao trabalho em equipe.

Outro estudo realizado com enfermeiros corrobora estes resultados, afirmando que na percepção dos enfermeiros, a equipe médica não percebe as diferenças disciplinares, não compartilhando informações sobre o estado de saúde dos indivíduos assistidos, as quais seriam importantes para os demais membros da equipe, além de enxergarem que os profissionais médicos apresentavam dificuldades para a compreensão de que o cuidado não se limita a salvar vidas a qualquer preço, mas implica preservá-la com dignidade e respeito (SANTOS; HORMANEZ, 2013, p. 2766).

As falas apresentadas além de evidenciarem uma relação de poder estabelecida nas relações dentro do ambiente da UTIN entre o profissional médico e os outros profissionais de saúde, ocorre na relação com a família, a qual nem sempre participa da tomada de decisões.

Magalhães (2000) encontrou esse elemento presente na relação do médico com as mães quando toma decisões e define condutas, porém não pondera, nem sequer entra em contato com a mãe para refletir sobre a tomada de decisão a ser feita.

Esta relação de poder muitas vezes é encontrada na relação da equipe de saúde com a mãe/família, o que pode gerar conflitos, desentendimentos e perda de confiança por parte das famílias (COSTA; PADILHA, 2011; SANTANA; MADEIRA, 2013).

Com o passar do tempo estas relações de poder se tornaram menos enfáticas e buscou-se rompê-las, a partir de um olhar mais humanizado e de uma relação de maior compreensão e entendimento. Na atualidade, existem diretrizes para a formação em saúde como as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) e o PET-Saúde (BRASIL, 2010b) que promovem uma formação num âmbito de integrar os diversos “atores” da equipe de saúde e estes com ensino-serviço-comunidade. Pinho (2006) e Saar e Trevizan (2007) também evidenciam a necessidade desta reformulação nas práticas acadêmicas visando à promoção de atividades conjuntas e integradas para o desenvolvimento de habilidades relacionais, além do entendimento dos diversos papéis dos profissionais de saúde, aprendendo a respeitar a função de cada categoria profissional.

Um outro aspecto colocado pelos entrevistados foi uma ruptura no processo de comunicação de más notícias, pois a psicóloga da equipe atua junto às famílias apenas na pós comunicação da má notícia, a fim de acolher a família que está fragilizada com abertura à escuta dos sentimentos, dúvidas e entendimento acerca do que foi comunicado. Percebe-se que a atuação desta profissional ocorre de forma isolada dentro da equipe de saúde, não existindo uma interação adequada dentro da equipe.

[...] Dependendo de como esteja a família, [...] a gente consegue acionar pra ir pedir um apoio da psicologia pra quando a família está muito sofrida, com muita dificuldade de aceitar as coisas, a gente trabalha junto com a psicologia. (Médica 06)

[...] não participo de comunicação alguma. Eu, na verdade, só vou saber dos resultados. Bons ou maus, mas muitas vezes, dos resultados de como é que essa mãe está em função disso ou daquilo que recebeu ou muitas vezes o que eu vou perceber é que ela não entendeu o que foi dito, às vezes entendeu pior, às vezes entendeu melhor, às vezes não compreendeu. [...] Basicamente, acho que é o depois. [...] Estou sempre meio que no depois. (Psicóloga 16)

Esta lacuna na formação acarreta numa má qualidade da assistência promovida aos recém-nascidos e neste caso, principalmente aos seus familiares. Isto é percebido quando a atuação da psicóloga ocorre apenas na pós comunicação da má notícia, deixando evidente que a equipe não trabalha de forma interdisciplinar, não demonstra interação nas ações implementadas. Borges, Freitas e Gurgel (2012) apontam a necessidade de se trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo todos os componentes da equipe, beneficiando-a no manejo da comunicação de más notícias.

Um ponto que necessita reflexão é o de que a psicóloga entrevistada trabalha em diferentes setores da instituição e está presente no ambiente da UTIN uma vez por semana, nas quartas-feiras. Isto dificulta a participação desta profissional nos momentos de comunicação de más notícias, já que ela nem sempre está disponível no setor. Silva e Moreira (2015) apontam que esta ausência pode atrapalhar o processo de pertencimento à equipe da UTIN, no qual os profissionais tendem a reconhecer outro profissional pelo seu tempo de permanência no setor.

Quanto ao componente relacionado à solicitação de ajuda e suporte por outros membros da equipe de saúde quando vão comunicar uma má notícia e que isto acontece por motivos diversos. Um dos motivos apresentados foi o da existência de alguma dúvida técnica em relação ao que é dito sobre o estado de saúde do RN; ou está relacionado à solicitação de ajuda para comunicar óbito/mau prognóstico.

[...] uma dúvida minha, então, de repente a mãe faz um questionamento, por exemplo: “Ah! Em quantos dias ele vai ter que fazer fono?” Aí eu não sei... “Eu não sei, mas vamos procurar a fono.” Eu chamo a fono e até aquele momento ali, a gente fica conversando em conjunto. [...] (Fisioterapeuta 03)

[...] Das vezes que aconteceu comigo, acho que eu tava sozinha. Quando eu não tinha segurança, eu pedia um momentinho pra poder colher mais informações pra tentar ser o mais precisa possível. [...] (Fisioterapeuta 11)

a gente sempre procura a equipe. A gente sempre procura a psicóloga, que a gente tem a psicóloga aqui, a gente procura, se ela estiver no momento. A assistente social, o médico, sempre procura dar em conjunto, eu não gosto de dar essa notícia (óbito) sozinha, [...] (Enfermeira 05)

Também foi colocado que é solicitada ajuda porque o profissional de saúde está fragilizado com o contexto que está vivenciando; ou ainda foi referido que a prática de comunicar más notícias é importante para a vivência e aprendizagem dos acadêmicos/residentes de medicina.

[...] Eu me achei fragilizada com a situação, aí eu fui com a psicóloga e assistente social e me ajudaram, foi ótimo! [...] (Enfermeira 01)

[...] algumas vezes, eu fiquei muito fragilizada pra dar a notícia (óbito) e pedi ajuda de um outro profissional. (Médica 09)

[...] muitas vezes, eu fui solicitada por outro profissional que não tinha condições psicológicas que me pediu [...] (Enfermeira 10)

[...] atualmente eu peço pra os fisioterapeutas que normalmente estão mais livres, pra me acompanhar, ou até os acadêmicos (de medicina) também, pra verem todo o processo. [...] (Médica 02)

[...] Às vezes, a gente acompanha o residente (de medicina) quando ele pede, ele solicita. A gente acompanha o residente. Às vezes, ele não quer falar, a gente fala. E, às vezes, ele pede pra gente ficar junto pra ajudar na comunicação, [...] (Médica 06)

É importante refletir sobre os diversos motivos pelos quais os profissionais solicitam ajuda e pensar que o trabalho em equipe não só multiprofissional, mas interdisciplinar, pode auxiliar no processo de comunicação de más notícias, não apenas no momento do anúncio da má notícia, mas também no apoio dado entre os próprios profissionais que compõem a equipe de trabalho da UTIN (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; INCA, 2010).

A fim de atingir uma construção solidária do cuidado prestado e garantir ações integrais na assistência à saúde é indispensável que a equipe consiga “dissolver as fronteiras entre seus núcleos específicos de saber”, deixando de lado uma assistência fragmentada e estabeleça uma relação interdisciplinar, baseada na articulação das ações em saúde a serem implementadas e interação dos diversos atores que compõem esta equipe de saúde (DUARTE; SENA; XAVIER, 2009, p. 652).

Corroborando o ponto de vista citado anteriormente, o trabalho em equipe é desenvolvido aplicando um sentido de colaboração entre os profissionais, com relações de ajuda mútua a fim de promover maior qualidade na assistência prestada e garantir integralidade no atendimento ao recém-nascido e sua família (PINHO, 2006; SILVA; MOREIRA, 2015).

Para que esta equipe de saúde atue de forma mais integrada, é importante e salutar a inclusão de estudantes e residentes no processo de comunicar uma má notícia. Tapajós (2007) mostra que a educação médica apresenta uma lacuna quando se refere às questões humanísticas, relacionais, desenvolvimento de técnicas e habilidades comunicacionais, principalmente envolvendo a comunicação de más notícias em saúde. Diante disto, vale

salientar a importância de uma formação acadêmica pautada nas novas diretrizes minimizando estas lacunas na atuação em saúde.

5.2.3 Sentimentos em relação à má notícia

O terceiro código analítico aborda os sentimentos e estratégias dentro do universo da comunicação de más notícias. Emergiram, nos discursos, a subjetivação por parte dos profissionais em relação aos sentimentos das famílias, os sentimentos dos profissionais envolvidos no processo de comunicação e o desenvolvimento de uma relação de empatia (Figura 4).

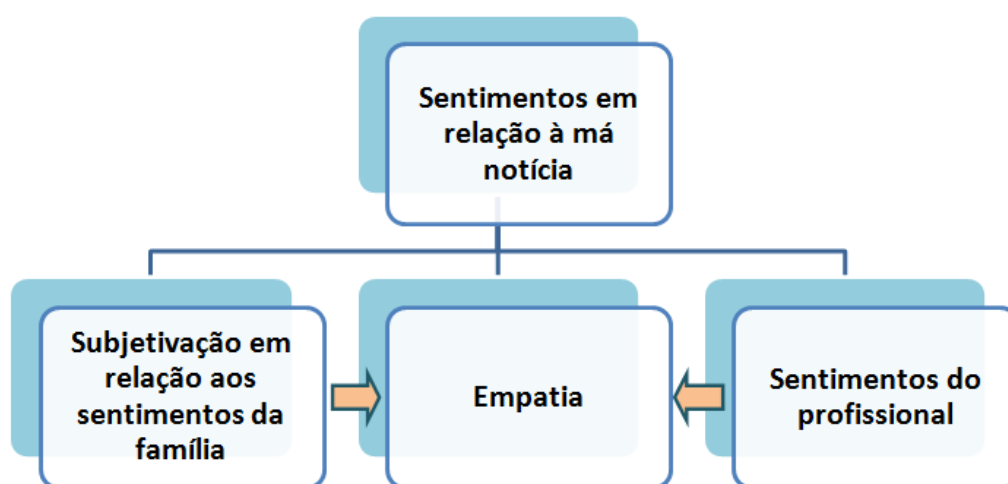


Figura 4 – Sentimentos em relação à má notícia, Recife, Brasil, 2015.

Fonte: Autoria própria.

Os sentimentos que foram referidos pelos profissionais de saúde estavam relacionados ao ato de comunicar uma má notícia. Quando estes profissionais fizeram referência ao ato de comunicarem as más notícias surgiu a subjetivação em relação aos sentimentos das famílias dos recém-nascidos, referentes a eles próprios e foi colocada a presença da empatia nesse contexto.

Os sentimentos entendido como sentidos pelas famílias reportados foram: desespero da mãe/família; a não aceitação do óbito do recém-nascido juntamente com insatisfação e a culpabilização da equipe de saúde, além da descrença na equipe. Referiram ainda resignação, revolta, gratidão, e culpa materna pela condição do filho.

[...] Então, o desespero da família, o desespero da mãe, de não aceitar aquele óbito, de querer colocar o bebê no colo, no peito pra mamar, não deixar levar esse bebê. [...] (Médica 09)

[...] o que me angustiou foi ver que os pais estavam tentando culpabilizar a equipe porque eles não conseguiam aceitar o óbito. [...] (Enfermeira 15)

[...] já estava decidido “vai ser assim e ponto”, muita gente estava contra essa conduta, também quando deu errado... porque deu errado. [...] essa mãe ficou muito incomodada, [...] a equipe perdeu a credibilidade para com ela [...] ela falou pra mim: “poxa, se estavam achando que ele não tinha condição, porque que passou lá?” [...] e ela disse: “o que é que eu vou fazer? Estou aqui né?” Então, às vezes gente vai vendo também um pouquinho dessa resignação das pessoas pela própria condição. [...] (Psicóloga 16)

[...] ficou em trabalho de parto um tempão, já tinha indicação de cesariana, ninguém entendeu o porque passou a madrugada toda no sofrimento, no trabalho de parto que não dava [...] a mãe não teve passagem, [...]E esse pai ficou muito revoltado [...] teve um momento em que ele bateu, ele xingou, mas que eu estava lá, ele não xingou a mim [...] (Psicóloga 16)

[...] e quando a mãe volta só pra se despedir da gente, [...] mas quando a mãe voltou pra se despedir de mim: “Olhe, muito obrigado por tudo. Eu sei que vocês fizeram o melhor que vocês podiam.”[...] (Enfermeira 15)

[...] a primeira vez que ela viu o filho dela já foi na UTI, na incubadora, com CPAP e cansadinho, muita gente em volta olhando, ela já achou que ele estava grave, ela ficou o tempo todo perguntando se ele ia morrer, se a culpa era dela de ele estar assim. [...] (Fisioterapeuta 07)

A compreensão e olhar dos profissionais de saúde para com sentimentos da família expressam a existência de um componente relacional no cuidado às famílias e RNs da UTIN.

Para otimizar a relação de confiança e acolhimento entre equipe de saúde e famílias é necessário que a equipe de saúde envolva a mãe e a família no ambiente da UTIN. Perlin, Oliveira e Gomes (2011), Traiber e Lago (2012) e Wernet et al. (2015) mostram que o envolvimento da mãe e da família nos cuidados ao recém-nascido deve ocorrer desde sua apresentação à mãe/família, passando pelo estímulo ao toque e interação com o recém-nascido, chegando ao verdadeiro encorajamento para que se posicionem ativamente no cuidado ao seu filho.

Além disso, é importante estimular a expressão de emoções e sentimentos das famílias dos recém-nascidos a fim de ajudá-las a superar estados de choque e evitar seu descontrole, proporcionando maior capacidade de continuidade do acompanhamento ao seu filho. O protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2005) sugere que devam ser acolhidos pelos profissionais

de saúde os sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo dos familiares, dando-lhes tempo para se acalmarem.

É função do profissional de saúde proporcionar à mãe/família conforto, responder aos questionamentos, oferecer não só explicações referentes aos equipamentos utilizados ou doença do recém-nascido, mas também e principalmente dar ênfase ao recém-nascido em si. O apoio, a escuta, o atendimento individualizado e a comunicação efetiva e contínua são caminhos para minimizar estes sentimentos da mãe/família, promovendo o acolhimento das necessidades destes (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011; WERNET et al., 2015).

Dentre os sentimentos reportados pelos profissionais de saúde quando comunicam más notícias foram expressos sentimentos de angústia, tristeza, pena/dó, medo e o fato de expressarem suas emoções (através do choro).

[...] foi muito angustiante porque a mãe ficava o tempo todo questionando e perguntando e ela estava vendo. Mesmo leiga, ela estava vendo que o filho dela não estava bem [...] (Enfermeira 05)

[...] Fiquei triste porque, além de eu ter a esperança de que a paciente ia sobreviver e ia sair da UTI e pela expectativa [...] que eu criei na família, como eles estavam se apegando a isso. (Fisioterapeuta 03)

[...] eu já dei má notícia. Com muita dó no coração, com muito medo, com muito cuidado [...] (Fisioterapeuta 11)

[...] A gente não pode estar chorando, como eu chorei, que eu soluçava... aí pronto, saí de cena. [...] Mas a gente chora um pouco por dentro, a gente fica triste, a gente fica abatido, a gente fica dias conversando entre a equipe, fica de luto. [...] (Enfermeira 01)

[...] Ela (mãe) até comentou comigo: “Eu queria que isso fosse comigo, eu queria estar no lugar dele.” E pra mim, que tenho um filho foi mesmo que uma facada. Eu até me emocionei quando ela falou, eu até saí porque eu realmente não aguentei, eu saí de perto [...] (Enfermeira 05)

[...] a gente cria um vínculo com a criança, a gente cria um vínculo com a mãe aí... eu chorei em vários óbitos daqui, [...] eu me angustiei mesmo porque você se sente um pouco mãe desses bebês. [...] (Enfermeira 15)

Os profissionais entrevistados identificaram os seus sentimentos no momento que comunicam más notícias. Isto é necessário a fim de aprender a lidar com estas sensações. O protocolo SPIKES criado por Buckman (2005) aponta que é importante que o profissional de saúde identifique e avalie seus sentimentos relacionados à má notícia comunicada.

Santos e Hormanez (2013) e Traiber e Lago (2012) evidenciam também que o profissional de saúde sofre com o fato de não poder expressar suas emoções. Há uma “regra” definida dentro do ambiente hospitalar caracterizando que o bom profissional não se envolve emocionalmente com o paciente e sua família.

Outros sentimentos reportados foram a aceitação do óbito, frustração, fracasso, perda, impotência e dificuldade de aceitar o óbito.

[...] devido à prematuridade extrema dela (RN), [...] eu também não tinha criado nenhum vínculo com ela, foi a primeira vez que eu a vi, então eu estava mais tranquila em relação à morte dela, [...] (Enfermeira 15)

Eu me senti impotente, eu e senti ameaçada, eu me senti fracassada, foi horrível, muito ruim pra mim. [...] (Médica 06)

[...] “Meu Deus, ele (RN) foi!” De certa forma a gente não quer, [...] aceitar, [...] Então quando a gente tem que dar uma má notícia, a gente se sente frustrado, [...] (Enfermeira 01)

Ademais foi citado também que alguns profissionais se sentiram ameaçados diante de uma situação que foi preciso comunicar uma má notícia diante de um erro de conduta clínica ou uma falha na comunicação e no processo de acolhimento da família. Aliado a isso, surgiu também o sentimento de raiva e indignação vivenciado por um profissional de saúde diante de um erro de conduta.

[...] uma criança [...] teve infiltração de um soro e fez uma fascíte necrotizante e foi a óbito. Foi muito sofrido pra gente, [...] A família não aceitou, denunciou e a gente sabe que, que foi uma fatalidade, mas foi muito sofrido, muito difícil, muito difícil mesmo. Eu me senti impotente, eu e senti ameaçada, eu me senti fracassada, [...] (Médica 06)

[...] eu vi que ele (pai) ficou extremamente agitado, a família... ameaçaram colocar na justiça porque, foi até o que a gente conversou: a questão não foi nem tanto o óbito, foi que eles não se sentiram acolhidos no momento, eles que chegaram e [...] viram que a criança estava parando [...] o que me angustiou foi ver que os pais estavam tentando culpabilizar a equipe porque eles não conseguiam aceitar o óbito [...] (Enfermeira 15)

[...] esse pai ficou muito revoltado [...] teve um momento em que ele bateu, ele xingou, mas que eu estava lá, ele não xingou a mim [...] as pessoas diziam: “Por que você não chamou o vigia?” Mas eu não me senti em nenhum momento incomodada e nem em perigo, ao contrário, [...] aquilo me indignou por demais! [...] (Psicóloga 16)

O surgimento de muitos destes sentimentos que fazem o profissional de saúde sofrer está atrelado à ilusão de que os avanços da medicina podem curar a todos, associado à supervalorização das habilidades técnicas em detrimento de habilidades relacionais e

humanísticas. O profissional tem dificuldades de lidar com a situação, fica fragilizado e sofre diante da necessidade de abordar uma má notícia que foge à expectativa do êxito.

Coriolano-Marinus et al. (2015) encontraram posicionamento semelhante no discurso de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na sua relação com mães de crianças sob seus cuidados. A preocupação com o êxito técnico, muitas vezes sobrepujava a dimensão relacional.

Por outro lado, estudo abordando a comunicação entre médicos e pacientes, por meio de entrevistas e observação das consultas, os autores destacam que, quando os pacientes não conseguem resultados bem-sucedidos, eles consideraram como pontos importantes a compreensão, consolo e encorajamento por parte do médico. (WALSETH; ABILDSNES; SCHEI, 2011).

Além dos sentimentos relatados, foi exposto pelos entrevistados uma relação de empatia estabelecida no processo de comunicação de más notícias, dentro do contexto vivido. Essa empatia foi evidenciada entre um profissional e um colega da equipe de saúde; foi evidenciado também entre o profissional de saúde (não mãe) e uma mãe; e também foi apontado nos relatos de profissionais de saúde mães, às quais expuseram que após tornarem-se mães, ficaram mais sensíveis a estas questões envolvendo o adoecer de um recém-nascido.

[...] eu estava compreendendo a posição dele (médico) e o que tinha acontecido com ele. Ele estava se sentindo incapaz porque ele não teve êxito na reanimação, [...] (Enfermeira 10)

[...] Eu não sei explicar o que foi que eu senti naquele dia não, [...] me coloquei no lugar daquela mãe, [...] ela estava querendo levar o filho dela embora pra casa. [...] (Enfermeira 04)

[...] E também poder estar continente, dizer: “Sim. Algo aconteceu. Não sei o que é, mas a gente vai descobrir junto.”[...] eu não me senti em nenhum momento incomodada e nem em perigo, ao contrário, eu acho que quando a gente também está ali do lado entendendo qual é a situação... aquilo me indignou por demais! [...] (Psicóloga 16)

[...] Eu sofro, sempre, com o paciente agravando, a família, a dor da família, é uma coisa que me atinge muito, [...] E eu acho que depois da maternidade, isso é mais... (Médica 06)

[...] isso me marcou muito, não sei se é porque eu estava sensibilizada por estar gestante e no momento me coloquei na situação dela. [...] Eu acho que é mais o sentimento de você se colocar na posição do outro, de você por um momento, vê a dor do outro, podia ser ela, podia ter sido eu. Você se sensibilizar a esse ponto de achar que poderia ter sido com você. [...] (Fisioterapeuta 08)

[...] Me pus no lugar dela como mãe. (Médica 09)

[...] é muito complicado você vivenciar essas situações e depois que você se torna mãe, isso se torna um pouco mais difícil. [...] (Fisioterapeuta 12)

É de extrema importância o estabelecimento de uma relação empática a fim de alcançar humanização dentro do contexto da UTIN. A empatia, estabelecida entre os “atores” da UTIN (profissionais e mães dos recém-nascidos), é um instrumento valioso no processo de humanização.

Chernicharo, Freitas e Ferreira (2013) reforçam esta ideia ao afirmarem que quando o profissional se coloca no lugar de outro profissional e/ou da mãe do recém-nascido, quando pensa no que sentiria se estivesse naquela situação vivida pela outra pessoa, passa a agir de acordo com seus mais íntimos valores e ideais, valorizando a atenção e o cuidado prestado.

É importante para o profissional de saúde, aprender a lidar com as emoções destes familiares, adquirindo sensibilidade e capacidade de escuta, incorporando a dimensão subjetiva deles a fim de desenvolver suas habilidades empáticas. Esta ideia dialoga com a sugestão de Buckman (2005) contida em seu protocolo SPIKES o qual expõe a necessidade de exercitar a escuta/observação das emoções dos familiares dos recém-nascidos.

Por meio da empatia, a equipe se apropria das percepções da família sobre a doença ou sobre a morte, ajudando a reduzir medos e ansiedades, além de oferecer suporte emocional (THOMAZI; MOREIRA; MARCO, 2014; VERAS; MORAIS, 2011).

O estabelecimento de uma relação empática culmina na promoção de um ambiente humanizado, viabilizando uma relação de confiança, aumento na lealdade e no respeito entre os profissionais que compõem a equipe de saúde da UTI e entre estes e os pais/famílias dos recém-nascidos.

Ademais, Thomazi, Moreira e Marco (2014) consideram que a empatia promove a satisfação dos atores envolvidos no processo, contribuindo significativamente para a adesão, tratamento e evolução da condição clínica do recém-nascido. Além de melhorar a qualidade das informações obtidas nas interações com os pais/famíliares o que conseqüentemente se reflete na melhor capacidade de assistir o RN e contribui para a diminuição nas falhas de comunicação.

5.2.4 Estratégias na comunicação da má notícia

O quarto código analítico/temático se refere às estratégias que foram expressas pelos entrevistados em seus relatos de experiência mais significativos quando comunicaram más notícias. Foram mencionados nos discursos, recursos relativos à forma de comunicar uma má notícia, a presença de atores envolvidos na comunicação da má notícia, a institucionalização de práticas que ajudariam numa melhor aceitação por parte do familiar. Evidenciou-se também, dificuldades e despreparo por parte do profissional de saúde para lidar com esse tipo de situação, os quais contribuem para um entrave no estabelecimento de uma boa prática de comunicação no contexto investigado. Também foram expostas condições da prática em saúde que foram consideradas como fragilidades no ambiente da UTIN no que se refere à comunicação de más notícias no seu ambiente de trabalho. (Figura 5).



Figura 5- Estratégias na comunicação da má notícia, Recife, Brasil, 2015.

Fonte: Autoria própria.

Quanto aos recursos relativos à forma de comunicar, os mais citados foram: de ordem técnica, religiosa e afetiva.

Alguns dos entrevistados se detiveram ao componente técnico da informação para se expressarem sobre a má notícia de algum indivíduo sob seus cuidados. Em geral, abordam os procedimentos realizados ou são prestadas informações sobre dispositivos que a mãe vai ver

quando encontrar o filho (sondas, tubos, monitores). Foi colocado também, que a evolução do recém-nascido é informada à mãe de forma gradual a fim de ela tomar conhecimento do estado do seu filho de forma gradativa e desenvolver mecanismos de enfrentamento para a situação vivida. Em caso de óbito, todos os procedimentos que foram realizados no recém-nascido são explicados à mãe, justificando que “foi feito tudo o que podia ser feito”.

[...] a gente chama (mãe) até o setor [...], a gente diz: “Olhe, aconteceu isso, o coraçãozinho não resistiu, [...] infelizmente aconteceu, ele morreu, descansou.” [...] a gente chama depois a médica e ela também vai relatar a questão toda de novo: os prognósticos da criança, tudo que a neo pôde fazer, [...]. Geralmente são essas coisas que a gente aborda, tudo o que a gente podia fazer, o que tava ao alcance da gente, o que foi possível [...] (Enfermeira 01)

[...] a gente dava um suporte, ela (RN) melhorava [...] depois agravou e foi a óbito. E eu tentei, relatei tudo pra família [...] a gente foi sempre comunicando tudo, até pra ir preparando a família para o desfecho que ocorreu rapidamente. [...] (Médica 02)

[...] uma mãe que está vindo do bloco cirúrgico e não entrou na UTI ainda, [...] e de repente vai encontrar o filho intubado, com uma sonda, com acesso venoso. Então, antes de ela entrar, se a gente está ali, é preparar. Perguntar a ela qual o filho dela, como ela está, já explicar a ela, se for o caso, “Olhe, já está com a mangueirinha na boca, está intubado, ele está com a sonda.” [...] (Fisioterapeuta 03)

[...] a gente sempre explicava, cada passo, cada nova conduta que estava acontecendo a gente passava pra ela, não escondendo [...] (Enfermeira 05)

A gente sempre comunica à família a situação do paciente real. Como ele está, se está grave, se não está, se tem risco, se não tem. [...] (Médica 06)

[...] como era que eu ia comunicar abruptamente: “Olhe, faleceu. Seu filho faleceu.” Eu tive que fazer de uma forma para que pelo menos naquele momento, ela fosse registrando aquilo aos poucos e fosse tendo aquela compreensão, tendo aquela compreensão daquela gravidade da criança até eu chegar e dizer a palavra óbito. [...] (Enfermeira 10)

[...] Esse bebê estava grave e a gente vinha preparando ela (mãe), tanto a equipe de enfermagem quanto a equipe médica, de que ele estava muito grave, que ele tinha uma bactéria, que era resistente, que não tinha mais nenhum antibiótico pra fazer. Que ele estava muito grave e que só a máquina que estava fazendo com que ele respirasse. Ela era uma mãe jovem, adolescente, e ela já vinha sendo, aos poucos, preparada.[...](Enfermeira 13)

Pode-se perceber, de acordo com os relatos, que em algumas circunstâncias, a comunicação de más notícias pode ser confundida com informação em saúde ao ser privilegiada a informação em detrimento dos componentes relacionais e dialógicos que fazem parte do ato comunicativo.

Quando os pais são informados, eles obtêm informações acerca da condição clínica do recém-nascido, participam de um monólogo no qual ocorre a transmissão unilateral da informação. É imprescindível refletir sobre a necessidade de implementar comunicação a qual implica na interação e interlocução entre os “atores” envolvidos, mantendo uma relação dialógica visando acolhimento e o estabelecimento de uma relação de confiança (DUARTE et al., 2012; SANTANA; MADEIRA, 2013).

Um outro recurso relativo à forma de comunicar foi por meio do componente religioso. Os entrevistados referiram que buscaram Deus, a religiosidade como uma forma de dar apoio à mãe no momento em que comunica uma notícia difícil.

[...] Geralmente são essas coisas que a gente aborda, [...] o que tava ao alcance da gente, o que foi possível, humanamente falando, mas por causa até de Deus, tem essa questão espiritual, que quem dá a vida é Deus e quem tira é ele também, tudo acontece com a permissão de Deus [...] (Enfermeira 01)

[...] vem a questão religiosa: “Se Deus quiser, ele vai ficar bem. Vamos orar! Vamos pedir! [...] vamos pedir a Deus que ele melhore.” [...] No meu caso eu puxei mais pra religião: “Vamos pedir a Deus.” Pergunto, geralmente, qual é a religião dela (mãe) e tento apoiar nesses casos. (Enfermeira 05)

Estudos como os de Mochel et al. (2010) e Santos e Hormanez (2013) mostram que os profissionais de saúde diante da dificuldade diante de temas tão complexos, como os relacionados à morte, utilizam estratégias da religiosidade para promover amparo e acolhimento, porque não foram preparados, nem convidados a refletir sobre o tema durante sua formação ou ainda porque se vê solitário diante da difícil missão de comunicar notícias difíceis no seu cotidiano de trabalho.

Há também um componente afetivo presente no momento de comunicar más notícias. Os profissionais relataram que o cuidado e zelo no momento dessa comunicação, ficam preocupados com o que vai ser entendido e percebem a necessidade de “um jeito e maneiras próprias” para lidar com essa realidade. Além de não se sentirem no direito de “tirar a esperança” de nenhum familiar.

[...] “é só uma sondinha! [...] Porque ele não está podendo sugar!” Enfim... pra ela já não é uma notícia boa, então a gente... até nisso eu percebo que a gente tem que ter um jeito de falar, do mínimo, uma sonda. [...] (Enfermeira 04)

[...] você tem que preparar a família pro pior e pro melhor, eu nunca digo “vai morrer!” Eu digo: “olhe, existe uma possibilidade grande, existe um risco.” Porque assim, você não pode tirar a esperança de ninguém, eu acho, assim eu penso. [...] (Médica 06)

Eu fico preocupada com o que eu vou falar pra ela (mãe) não interpretar errado e tentar ser de uma forma mais, agradável possível. Não desesperando, dando sempre uma margem de esperança, [...] de ela ficar esperançosa de que aquilo pode melhorar e que vai melhorar, [...] (Fisioterapeuta 07)

Apesar das dificuldades inerentes à comunicação de más notícias, os profissionais de saúde demonstraram preocupação na forma como comunicam as más notícias em saúde, por meio de componentes de ordem afetiva. Isto mostra uma postura de empatia e de acolhimento gerando humanização na assistência prestada aos recém-nascidos e seus familiares. Esta relação auxilia o crescimento, desenvolvimento e recuperação do neonato além de minimizar os efeitos nocivos provocados pela hospitalização. Reichert, Lins e Collet (2007) afirmam que uma atuação humanizadora torna os pais ativos dentro do processo de hospitalização, deixando-os aptos para cuidarem de seus filhos durante o internamento.

Pensando em humanização como o modo no qual o profissional de saúde lida com os familiares dos recém-nascidos é necessário tratá-los com dignidade e respeito, valorizando seus medos, angústias, dúvidas, sentimentos, valores e crenças, estabelecendo o momento de fala e de escuta do profissional. Isto é essencial para que a família do RN se sinta mais segura em relação às práticas de saúde implementadas, estabelecendo uma relação de confiança com a equipe da UTIN (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Foi reportada a busca por outro profissional de saúde no apoio à mãe diante da situação de sofrimento e a necessidade de serem sempre verdadeiros na informação prestada, o que é importante para estabelecer vínculo/relação de confiança com a família do RN, possibilitando a esta perceber o desenrolar do caso de seu filho. Além disso, os entrevistados também apontaram a necessidade de a má notícia ser dita de forma leve e gradual. Ademais, o profissional deve se colocar à disposição para conversar e/ou tirar qualquer dúvida da família.

[...] a gente aciona o serviço social, [...] Para o assistente social ajudar a gente nesse processo, segurar essa mãe. Às vezes, essa mãe precisa até de um cuidado médico, ela se descompensa, entra em histeria dentro de uma UTI que está cheia de criança, outras crianças e você tem que deixá-la ir ali vê a criança dela. É muito difícil. (Enfermeira 10)

[...] eu acho que a verdade tem que ser dita, agora de forma leve, aos poucos [...] que a família pode contar com a gente pra qualquer dúvida, pra qualquer conversa, que a gente está sempre aqui. (Médica 02)

Pontos positivos como anunciar com delicadeza as más notícias; dar tempo à família e se dispor a escutá-la; preocupar-se com o vocabulário utilizado para a compreensão da família; comunicar aos poucos e evitar transmitir desesperança foram algumas estratégias

apontadas por alguns dos profissionais entrevistados neste estudo para a abordagem de comunicação de más notícias de forma adequada.

Todas estas abordagens são sugeridas pelo protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2005) o qual é citado e incentivado sua utilização em estudos, como por exemplo: Payán (2012), Traiber e Lago (2012), no livro do Instituto Nacional do Câncer (2010), entre outros. É evidenciado que alguns profissionais do cenário em estudo conseguem colocar em prática estes e outros aspectos do protocolo (já citados anteriormente) apesar da enfrentarem alguns entraves institucionais ou do próprio sistema de saúde.

Quanto aos recursos humanos para a comunicação da má notícia, percebe-se a presença de duas percepções: uma que solicita ajuda de outro profissional do plantão; e outra quando o profissional de saúde reconhece a presença do pai, no momento da comunicação de uma má notícia, como importante.

Uma estratégia apontada por alguns profissionais para comunicar as más notícias, foi a de solicitar ajuda de outro profissional da equipe para explicar como o recém-nascido está evoluindo, quais os procedimentos serão feitos e àqueles que já foram realizados sem o conhecimento do familiar.

[...] mas quando o bebê está evoluindo mal, o estado dele está piorando, [...] se não estiver o médico por perto, eu sempre encaminho pro médico: “Ó, fala com a médica, com a médica que está acompanhando ele (RN).” [...] (Enfermeiro 05)

[...] eu não sou uma pessoa que dou uma informação, às vezes, a gente realmente deixa pro médico falar algumas coisas, mas eu posso... ela (mãe) pode chegar na hora que eu estou atendendo o bebê e ele estar intubado e antes ele não estava e na hora ela vai dizer: “Ele foi intubado?” Eu vou ter que dizer: “É mãe, ele piorou, ficou mais cansadinho e aí a médica precisou intubar, mas se a senhora quiser saber mais informações, aí a senhora pode procurar a Dra fulana que ela vai lhe esclarecer melhor.” [...] (Fisioterapeuta 14)

É importante que os componentes da equipe de saúde se empenhem em desenvolver um trabalho em equipe, de forma interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe que cada especialidade que forma a equipe de saúde esteja disposta a contribuir e receber contribuições das outras áreas de atuação. Esta prática favorece a possibilidade de se ter uma noção mais ampla e complexa das condições de saúde do recém-nascido e dos contextos em que sua família está inserida, além possibilitar o estabelecimento da comunicação entre os vários saberes dentro da equipe de saúde (CARVALHO et al., 2009; INCA, 2010).

A presença do pai foi retratada por uma fisioterapeuta, a qual referiu a importância da presença de toda a equipe para acolher a mãe no momento da comunicação do óbito do recém-nascido, além de destacar a relevância da presença do pai. A profissional aponta que a participação paterna auxilia no acolhimento e apoio ao sofrimento da mãe, sendo ainda parte importante e interessada no estado de saúde do seu filho.

Foi dito, especificamente, pela médica, a comunicação direta foi pela médica, mas a equipe de enfermagem estava toda presente, eu estava presente e foi dito com muito cuidado, com muito carinho, foi proporcionada a essa mãe o tempo que ela quisesse, que ela achasse necessário, junto a esse bebê, [...] ela foi confortada por toda a equipe, recebeu todo conforto, todo apoio de toda a equipe, [...] o pai também estava perto e ficou por perto o tempo inteiro, então a equipe tentou proporcionar, diante de uma situação dessa, de uma notícia dessa, a melhor atenção e o melhor conforto possível (Fisioterapeuta 12)

Em relação à presença paterna na UTIN, esta não se faz tão constante e não foi evidenciado nos discursos, de um modo geral, sua valorização pela equipe de saúde. Estudos mostram que é muito importante tanto a mãe quanto o pai estejam presentes, acompanhando os recém-nascidos, pois isto é benéfico para o desenvolvimento do recém-nascido: contribui positivamente para o estabelecimento do vínculo pai-filho ao mesmo tempo em que divide com a mãe, os cuidados ao recém-nascido (DUARTE et al., 2012; SANTANA; MADEIRA, 2013).

Outros estudos, os quais abordam as vivências paternas em uma UTIN, mostraram a necessidade que os pais sentiam de estar próximos aos seus filhos hospitalizados. Eles se sentiam tristes, com medo, além de passar por processos de adaptação e enfrentamento semelhantes aos das mães dos recém-nascidos. Foi evidenciado que os pais se preocupam tanto quanto as mães com seus filhos internados, todavia não estão tão presentes como elas dentro da UTIN ou porque estão trabalhando, pois enxergam que é função deles provê financeiramente a família, ou porque não há acomodações para garantir a presença deste pai, como é encontrado para a mãe (BARROS; MENANDRO; TRINDADE, 2006; DUARTE et al., 2012).

Além de todas as estratégias já citadas, há uma que consiste em colocar o corpo do RN falecido no colo da mãe a qual foi denominada prática institucional. Isto ocorre seja porque o profissional oferece à mãe, seja porque a mãe solicita ao profissional.

[...] “[...] o coraçãozinho não resistiu, [...] infelizmente aconteceu, ele morreu, descansou.” [...] a gente costuma colocar o bebezinho, se ela (mãe) aceitar, no colo [...] (Enfermeira 01)

[...] Foi porque ela (mãe) pediu pra... a gente não tinha colocado ainda o bebê no colo dela e aí quando a gente deu a notícia do falecimento, ela pediu pra colocar a criança no colo. Então pra mim, isso foi um momento difícil. Eu ter que preparar... além de dar essa notícia ter que colocar a criança no colo dela. [...] (Fisioterapeuta 08)

Foi dito, especificamente, pela médica (o óbito), [...] foi perguntado se ela queria esse momento de colocar o bebezinho no colo dela [...] (Fisioterapeuta 12)

Esta prática motiva uma reflexão no sentido de pensar que a mãe pode ou não estar preparada emocionalmente para realizar este procedimento. Além disso, pensar que o profissional de saúde também pode ou não ter preparo psicológico para lidar com esta prática.

Sobre esta estratégia é necessário pensar que este vínculo pode acontecer enquanto o recém-nascido está vivo e necessita de cuidados da família e da equipe de saúde. Estes cuidados devem ser incentivados pelos profissionais, sempre que possível: alimentar por sonda sob supervisão, dar banho, colocar na posição canguru. Isto significa para a mãe/família um ato de responsabilidade, representa um exercício de (re) conhecimento de seu filho, aceitação e ligação afetiva.

Corroborando esta ideia, Santos et al. (2014) assegura que estas ações de empoderamento da mãe/família por parte da equipe de saúde levam ao estabelecimento de uma relação humanizada e acolhedora ao binômio recém-nascido/família fazendo com que a mãe/família se perceba como alvo da atenção e cuidado por parte da equipe de saúde da UTIN.

A UTIN estudada sempre permite a entrada materna e paterna sem qualquer restrição de horário. Isto é benéfico não apenas para estabelecer o vínculo afetivo dos pais com o recém-nascido, como também auxilia na redução do estresse dos pais causado pela hospitalização, proporciona um melhor relacionamento dos pais com a equipe da UTIN levando ao estabelecimento de uma relação de confiança e a uma melhor compreensão da evolução clínica, além de preparar a família para os cuidados com o recém-nascido quando em seu domicílio (DUARTE et al., 2012; SANTANA; MADEIRA, 2013).

É sabido que ocorre no cenário estudado, o contato da mãe com seu filho em alguns momentos, entretanto diante dos argumentos colocados nos estudos de Duarte et al. (2012) e Santana e Madeira (2013), recomenda-se que a equipe da UTIN estudada encoraje com maior intensidade o contato da mãe/família com o recém-nascido enquanto o seu internamento a fim de minimizar o risco de constrangimento e fragilidade diante da estratégia empregada.

Percebe-se que algumas estratégias apontadas pelos profissionais entrevistados refletem o esforço e a tentativa de estabelecer uma abordagem adequada em relação à comunicação de más notícias, propiciando uma assistência humanizada na UTIN.

Em contrapartida, há a coexistência de um certo despreparo e/ou falta de estratégias por parte destes mesmos profissionais, dificultando no estabelecimento de uma boa prática de comunicação no contexto investigado. Alguns dos entrevistados relataram não ter manejo para este tipo de abordagem, de não saber como comunicar; situações de falhas na existência da comunicação; e falhas no sentido de não haver uma integração entre a equipe para realizar a comunicação de uma má notícia.

[...] eu não sabia como falar, eu não sabia o que ela iria entender porque eu percebia que ela não tinha noção do que estava acontecendo, [...] (Enfermeira 04)

[...] A gente foi conversando que era assim e que ele estava muito grave, que ele ia sofrer muito e ela com ele no colo chorando. [...] a gente já deu a notícia a ela, de que ele tinha morrido. Ela tava consciente de que ele tinha morrido. E aí depois disso, o bebê melhorou, o bebê voltou a bater coração, voltou a subir saturação, a gente botou ele de volta na incubadora, [...] Mas a gente deu a notícia da morte, ela sofreu a dor da morte e depois disso o bebê voltou, [...] (Enfermeira 13)

[...] o que foi que aconteceu: a assistente social daqui falou pra de lá que precisava que a mãe viesse urgente, mas não disse o motivo. [...] não foi dito pra ela que o RN dela tinha ido a óbito, só que precisava dela urgente no hospital e ela não associou, ela não fazia muita noção da gravidade do caso também. [...] E simplesmente essa mulher chegou e não sabia que o bebê dela tinha ido a óbito. [...] Aí a assistente social foi e falou: “Ele está lá embaixo. Você vai ver o corpinho, lá embaixo.” [...] (Enfermeira 05)

[...] aconteceu de eu já estar próxima pra dar um apoio, [...] eu estava ali no momento que a médica chegou pra comunicar pra mãe que o bebê tinha falecido, que tinha ido a óbito [...] (Fisioterapeuta 14)

[...] não participo de comunicação alguma. Eu, na verdade, só vou saber dos resultados. [...] perceber que algo que você trabalha tanto, que você luta tanto que haja esse diálogo, que haja uma reunião de equipe, nós não temos uma reunião de equipe que discuta os casos, [...] que circule a ideia do que é que está acontecendo com o bebê, dos olhares diversos que cada um tem [...] que é associada à uma incapacidade da própria academia em trazer essas questões, pro aluno que está se formando. Entender que outros aspectos são envolvidos, não só o LCR, não só o exame X ou Y, mas outras questões também ou pelo menos outros olhares podem ajudar na sua avaliação [...] (Psicóloga 16)

Diante do despreparo e/ou falta de estratégias citadas pelos profissionais entrevistados, pode-se fazer uma reflexão acerca da formação do profissional da área de saúde já realizada anteriormente.

Visando melhorar o bem estar oferecido às famílias atendidas no contexto estudado, uma estratégia benéfica a ser adotada seria a implementação de mais momentos para a Educação Permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009b) propõe algumas medidas tais como: reflexão sobre o processo de trabalho a fim de identificar, problematizar, intervir e transformar a realidade; compreender o trabalho como espaço de aprendizado; construir conhecimentos, sentidos e significados para as práticas em saúde; além de produzir autonomia e responsabilização na busca de soluções compartilhadas para produzir mudanças nas práticas assistenciais. No cenário estudado, estas medidas facilitariam a melhora nas relações dentro da equipe de saúde, proporcionando melhor qualidade na atenção e assistência à saúde prestadas aos familiares dos neonatos.

Momentos de Educação Permanente em saúde reforçam a ideia defendida nos estudos de Pinho (2006) e Saar e Trevizan (2007) que dizem que a equipe de saúde trabalhando de forma interdisciplinar, atua em conjunto se apoiando na tomada de decisões, no compartilhamento de informações propiciando a integração dos diversos saberes visando o benefício dos recém-nascidos e suas famílias.

Em relação ao que foi apontado como fragilidades dentro do ambiente da UTIN foi exposto por um entrevistado que a presença de alguns sentimentos na mãe/família como raiva, negação e depressão atrapalham no processo de comunicação de uma má notícia, pois a mãe/familiar não permite que o profissional de saúde “entre no seu mundo”, eles não ouvem o que é dito.

Outra questão colocada por um outro entrevistado foi que o grau de instrução dos pais/familiares interfere no processo de comunicação da má notícia.

Você não sabe o momento daquela pessoa, quando eles (família) estão negando é ruim, quando eles estão com raiva é ruim, quando eles estão já bem depressivos é ruim [...] uma família que vai negar, uma família que está com raiva, que vai culpar você, que vai culpar a equipe ou uma família muito depressiva que você não consegue entrar naquele mundo. É assim, ela está tão depressiva que não me ouve, que não quer ninguém... então é difícil. (Médica 02)

[...] se utilizar de uma linguagem correta, não correta, mas adequada, uma linguagem mais adequada para aquela mãe, aquela pessoa [...] que não tem um grau de instrução muito bom e falar termos técnicos muito elaborados, que ela não vai entender. (Fisioterapeuta 14)

Diante do que foi exposto, pode-se fazer uma reflexão sobre a importância de um ambiente humanizado na UTIN. Isto pode ser proporcionado pela equipe de saúde quando estimula a presença e acolhe a família neste ambiente. Apoiá-la estimulando o seu

empoderamento no desempenho dos cuidados ao recém-nascido, o estabelecimento de uma comunicação adequada que proporcione não só o conhecimento das práticas intervencionistas por parte dos pais, mas também ampare suas dúvidas, angústias, sentimentos e emoções são práticas humanizadoras (HARVEY et al., 2013; WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013).

Humanizar o atendimento dentro da UTIN significa que o profissional possui segurança técnica além de ofertar, à família, condições de participação no processo assistencial ao RN aliada à necessidade de uma atenção individualizada. A empatia deve estar inserida na relação estabelecida com os pais/família.

O protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2005) sugere que o entendimento daquilo que a família está experienciando pode ser demonstrado através de honestidade, compaixão, solidariedade, escuta. Contro et al. (2002) e Costa e Padilha (2011) orientam que o profissional precisa estar em sintonia afetiva com os pais dos recém-nascidos. Somados à disponibilidade da equipe de saúde para o apoio aos pais/família, todos estes elementos auxiliam no estabelecimento de uma relação de confiança entre esta equipe e a família do RN.

Arelado a isso, há o uso de uma terminologia técnica própria da área de saúde contribuindo para uma inadequada comunicação. É necessário refletir que o profissional de saúde precisa se esforçar para fazer com que os pais/famíliares entendam a mensagem que se pretende transmitir e não ao contrário. Qualquer pessoa pode ser leiga em relação à área de saúde e para que a comunicação seja estabelecida de forma adequada é necessário abolir o uso de terminologia técnica - como sugere o protocolo SPIKES elaborado por Buckman (2005), ou utilizá-la explicando o significado de cada termo utilizado, além de enxergar o grau de instrução dos pais/famíliares visando a reflexão de como irá estabelecer a comunicação. Magalhães (2000, p. 120) mostra a importância de o profissional se adaptar ao nível de escolaridade destes para que ocorra entendimento.

Além das fragilidades citadas anteriormente, os entrevistados mencionaram que o ambiente destinado à comunicação deve ser privado, o que não ocorre, pois não há um local próprio para este tipo de abordagem.

[...] você não estar num local adequado, [...] Se uma má notícia, se a pessoa recebe isso, dependendo do ambiente, acho que até pra ela expor aquilo que ela está sentindo naquele momento, [...] um bebê que foi a óbito e a mãe vai chorar por isso. Então, [...] ela está retraída porque está num local com muitas pessoas e ela não consegue colocar pra fora, vamos dizer assim, aquele choro, aquela tristeza. E não só com a morte, mas com as outras notícias também, o ambiente também dificulta. (Fisioterapeuta 03)

Em relação à ausência de um ambiente privativo, dificultando o processo de comunicação de más notícias, Buckman (2005) sugere no primeiro passo do protocolo SPIKES que é importante provê um ambiente com privacidade para este diálogo, evitando interrupções e envolvendo pessoas importantes, se este for o desejo do paciente. Assim como proposto pelo estudo de Santana e Madeira (2013), a equipe da UTIN estudada poderia refletir sobre a ideia de o pai estar presente no momento em que se comunica alguma má notícia à mãe e de preferência em um local privativo proporcionando maior liberdade para que eles possam expressar seus sentimentos e emoções.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender como se dá o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. De maneira geral, a equipe de saúde da unidade estudada tem a percepção de que é necessário se utilizar de empatia, acolhimento, humanização, trabalho interdisciplinar em suas práticas em saúde. No entanto, também fica evidente que há carências no preparo e na implementação de ações humanizadoras no cenário da UTIN.

Isto é evidenciado ao longo da pesquisa. No que se refere à concepção da má notícia, constata-se diversos conceitos sobre o que é uma má notícia em saúde no contexto da UTIN e é estabelecida uma hierarquização entre as más notícias e uma separação entre os “atores” envolvidos no processo de comunicação desta má notícia refletindo o modo como é formado o pensamento e “o olhar” do profissional sobre questões humanísticas e relacionais na área da saúde.

Surgiram opiniões diversas no que se refere ao ato de comunicar a má notícia. Há pontos de vista de que é o profissional médico que possui esta atribuição e há outro ponto de vista de que isto é responsabilidade de todos os componentes que formam a equipe de saúde, pois além de o cuidado ser implementado por todos, a carga emocional envolvida nesta atribuição é muito intensa. Vale salientar que foi citada uma relação de poder estabelecida dentro da unidade na qual o médico é “superior” aos outros profissionais que compõem a equipe e também se coloca “superior” às mães/famílias dos recém-nascidos. Além disso, a psicóloga da unidade não participa do momento de comunicar más notícias apenas realizando esta abordagem após a comunicação ter sido realizada. Fica evidente que a equipe de saúde desta UTIN apresenta dificuldades na implementação de um atendimento interdisciplinar à família do recém-nascido comprometendo o acolhimento destas e a assistência prestada ao RN.

Vários sentimentos foram relatados pelos profissionais. Foram abordados alguns sentimentos interpretados pelos profissionais como vivenciados pelas famílias (o entendimento dos profissionais sobre os sentimentos experimentados pelas famílias). Além destes, foram citados como sentimentos vivenciados pelos profissionais: tristeza, medo, frustração, impotência, merecendo destaque o sentimento de empatia. Recomenda-se a reflexão sobre o processo formativo dos profissionais de saúde, buscando ampliar a visão destes na implementação de uma assistência holística.

No que se refere às estratégias utilizadas para comunicar uma má notícia, é evidenciada uma concordância com práticas tecnicistas e uma valorização da informação em detrimento do estabelecimento da comunicação, contudo há a presença de abordagens nas quais a afetividade está presente. Vale ressaltar que a importância da presença do pai no cenário da UTIN foi citada demonstrando que existe a vontade de promover um ambiente mais humanizado e acolhedor para a comunicação de uma má notícia.

Entre algumas fragilidades apontadas no estabelecimento do processo de comunicação de más notícias, a falta de um ambiente adequado foi apontada como uma estratégia a ser implementada a fim de viabilizar a abordagem de más notícias no contexto estudado.

É importante que as Instituições de Ensino Superior da área de saúde no Brasil construam novas propostas curriculares pautadas nas orientações definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) para os cursos de saúde, além de implementar estas novas propostas.

Além de trabalhar estas questões dentro da academia durante a formação, é prudente que o tema estudado esteja inserido nos diversos cenários do cuidar em saúde, através da Educação Permanente, promovendo desta forma humanização, integralidade, trabalho interdisciplinar, visão holística, ou seja, valorização do ser humano em todos os seus aspectos.

Primeiramente, recomenda-se para o cenário estudado que seja proporcionado um ambiente privativo para que as más notícias sejam comunicadas a fim de oportunizar o diálogo, impedir que interrupções sejam feitas e estimular que as dúvidas e os sentimentos sejam expostos.

Também seria positiva a possibilidade de uma maior participação e inserção do pai nos cuidados do recém-nascido hospitalizado, estabelecendo vínculo não apenas com a equipe de saúde, mas também com o recém-nascido.

Um notável benefício para a equipe de saúde da UTIN e para os recém-nascidos e suas famílias seria o desenvolvimento de uma atuação interdisciplinar. Pensar em altruísmo e cooperação, troca de saberes e experiências, divisão de responsabilidades e apoio emocional, respeito e aceitação são questões centrais para o desempenho de uma equipe interdisciplinar. Para compor esta equipe é necessária a presença de um/a psicólogo/a permanente no ambiente da UTIN. Isto pode proporcionar mais momentos de integração com toda a equipe.

Por último, destaca-se a importância da Educação Permanente no setor. Este momento é indispensável para a reflexão da prática e para a tomada de decisão na mudança daquilo que é implementado. Pensar em novas formas de comunicação considerando os familiares dos

recém-nascidos como seres humanos possuidores do direito de falar e de ser ouvido, pode ser um tema trabalhado. É importante pensar em educação para a compreensão e desenvolvimento de competências a fim de alcançar uma atuação em conformidade com os pressupostos da humanização da saúde.

Uma limitação deste estudo é que não foram observadas as interações no momento da comunicação de uma má notícia, apenas fizeram parte do *corpus* de análise os relatos feitos pelos profissionais sobre sua prática.

Os achados desta pesquisa servem de subsídios para nortear novos estudos, utilizando diferentes abordagens metodológicas, no sentido de ampliar a discussão sobre o tema em questão, de forma que integre academia e *práxis* em saúde.

REFERÊNCIAS

AFONSO, S. B. C.; MITRE, R. M. A. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2605-2613, 2013.

ALBA, R. M.; FERNÁNDEZ, C. R. El duelo en la infancia y cómo dar malas noticias. **Pediatría Integral**, v. 16, n. 6, p. 494.e1-494.e4, 2012.

AYARRA, M.; LIZARRAGA, S. Malas noticias y apoyo emocional. **ANALES Sis San Navarra**, v. 24 (supl. 2), p. 55-63, 2001.

BAILE, W. F. *et al.* SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, p. 302-311, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, S. M. M.; MENANDRO, P. R. M.; TRINDADE, Z. A. Vivências paternas em UTI neonatal. **Psicologia Hospitalar**, v. 4, n. 2, 2006.

BASCUÑÁN, M. L. Comunicación de la verdad em medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. **Revista Médica de Chile**, v. 133, p. 693-698, 2005.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-133.

BONAMIGO, E. L.; DESTEFANI, A. S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **REVISTA BIOÉTICA**, v. 18, n. 3, p. 725-742, 2010.

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

BRAGA, M. L.; TARANTINO, M. G. La comunicación en pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 109, n. 1, p. 36-41, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS – Atenção Hospitalar (v. 3)** 1. ed. Brasília: Editora MS, 2011. 135 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010a. 46 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 421/2010. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde.** Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa / co-gestão.** 2. ed. rev. Brasília: Editora MS, 2009a. 20 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 1. ed. rev. Brasília: Editora MS, 2009b. 65 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** 3. ed. Brasília: Editora MS, 2006. 52 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **COMMUNITY ONCOLOGY**, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: why is it still so difficult? **BRITISH MEDICAL JOURNAL**, v. 288, p. 1597-1599, 1984.

CARRAPA, A. S. G. C. N. **Comunicar más notícias em pediatria**. 2010. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade do Porto, Cidade do Porto, 2010.

CARVALHO, J. B. L. *et al.* Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 734-738, 2009.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 564-570, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Aprova o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução nº 1.246/88, Revogada pela Resolução CFM nº 1.931/2009.

CONTRO, N. *et al.* Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. **ARCH PEDIATR ADOLESC MED**, v. 156, p. 14-19, 2002.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Communication of health care workers and users in caring for children under two years old in the context of a family health unit. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 311-324, 2015.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p. 231-235, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman Companhia Ed, 2010.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 121-143.

D'AVILA, R. L. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10 (supl. 2), p. 399-408, 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUARTE, E. D. *et al.* A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 870-878, 2012.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 647-654, 2009.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 62-83.

FALCONE, E. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 1, 1999.

FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **THE LANCET**, v. 363, p. 312-319, 2004.

FISH, S.; SHELLY, J. A. **Cuidado espiritual do paciente**. São Paulo: Umhe, 1986.

FLEURY, C.; PARPINELLI, M. A.; MAKUCH, M. Y. Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

FOWLIE, P. W.; JACKSON, A. Communicating with parents on the neonatal unit. **BMJ**, v. 334, p. 1, 2007.

FRANCK, L. S.; AXELIN, A. Differences in parents', nurses', and physicians' views of NICU parent support. **Foundation Acta Paediatrica**, v. 102, p. 590-596, 2013.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos – Coleção pesquisa qualitativa coordenada por Uwe Flick**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Edição de 10º aniversário. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

HARVEY, M. E. *et al.* Parents' experiences of information and communication in the neonatal unit about brain imaging and neurological prognosis: a qualitative study. **Foundation Acta Paediatrica**, v. 102, p. 360-365, 2013.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.
Disponível em:
<http://www.ufpe.br/hc/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=71>.
Acesso em: 14 set. 2014.

INÁCIO, A. F. L. *et al.* O profissional de enfermagem frente à morte do recém-nascido em UTI neonatal. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 3, p. 289-293, 2008.

Instituto Nacional do Câncer/Ministério da saúde. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicando_noticias_dificeis.pdf>.

LECH, S. S.; DESTEFANI, A. S.; BONAMIGO, E. L. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. **Unoesc & Ciência – ABCS**, v. 4, n. 1, p. 69-78, 2013.

LIMA, A. E. A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? **REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA**, v. 71, n. 3, p. 217-220, 2003.

MAGALHÃES, I. **Eu e Tu: a constituição do sujeito no discurso médico**. Brasília: Thesaurus Editora, 2000.

MASSIGNANI, L. R. M. **Más notícias: o processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados**. 2007. 199 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 189-319.

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

MONGIOVI, V. G. *et al.* Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.

MORAIS, G. S. N. *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009.

PAYÁN, C. Comunicar malas noticias: una tarea difícil pero necesaria. **CIRUPED**, v. 2, n. 1, p. 35-39, 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERLIN, D. A.; OLIVEIRA, S. M.; GOMES, G. C. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 458-464, 2011.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autentica, 2008. p. 29-60.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Amostragem na pesquisa qualitativa. In: _____. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 401-412.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L. M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p. 475-487, 2013.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013.

SANTOS, N. D. *et al.* O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 65-70, 2014.

SCARPELLINI, G. R. *et al.* Escala CARE de empatia: tradução para o português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 1, p. 51-58, 2014.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SILVA, P. A. M. **Triagem neonatal “teste do pezinho”: impacto nos atendimentos dos recém-nascidos nos ambulatórios de egressos em quatro unidades de saúde da cidade do Recife**. 2002. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

SILVA, R. M. C. R. A.; OLIVEIRA, D. C.; PEREIRA, E. R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 936-944, 2015.

SIMÕES, R. M. P.; RODRIGUES, M. A. Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 485-489, 2010.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: um estudo da revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1603-1610, 2007.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 165-172, 2007.

THOMAZI, L.; MOREIRA, F. G.; MARCO, M. A. Avaliação da evolução da empatia em alunos do quarto ano da graduação em medicina da Unifesp em 2012. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 87-93, 2014.

TRAIBER, C.; LAGO, P. M. Comunicação de más notícias em pediatria. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 1, n. 1, p. 3-7, 2012.

VERAS, R. M.; MORAIS, F. R. R. Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 3, p. 102-112, 2011.

VICTORINO, A. B. *et al.* Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007.

WALSETH, L. T.; ABILDSNES, E.; SCHEI, E. Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: a qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 29, n. 2, p. 99-103, 2011.

WERNET, M. *et al.* Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 228-234, 2015.

WIGERT, H.; DELLENMARK, M. B.; BRY, K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. **BMC Pediatrics**, v. 13, n. 71, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A: Formulário para Caracterização dos Entrevistados

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Título da pesquisa: “**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO DA UTI NEONATAL**”

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Instituição de saúde _____

Nº de identificação do(a) entrevistado(a):

Qual a sua profissão?

Qual a sua idade?

Qual o seu estado civil?

Você tem filhos? () Sim () Não

Quantos? Qual(ais) a(s) idade(s) dos seu(s) filho(s)?

Você segue alguma religião? () Sim () Não Qual?

Você atua na área de UTI neonatal há quanto tempo?

No seu dia-a-dia, você comunica alguma má notícia aos familiares dos neonatos hospitalizados? () Sim () Não

Durante o curso de graduação, houve algum tipo de abordagem sobre a comunicação de más notícias na área de saúde? () Sim () Não () não lembra

Já buscou algum tipo de preparo sobre o tema “Comunicação de más notícias” em algum curso de pós-graduação? () Sim () Não

Você busca conhecimento na área de comunicação de más notícias? () Sim () Não

De que forma?

Já recebeu, em algum momento da vida, alguma notícia ruim em relação à sua saúde?

()Sim ()Não

E em relação à saúde de um filho ou familiar?()Sim ()Não

Apêndice B: Roteiro de Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Título da pesquisa: **“COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO DA UTI NEONATAL”**

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Instituição de saúde _____

Nº de identificação do(a) entrevistado(a):

PERGUNTAS DE APROXIMAÇÃO COM O ENTREVISTADO:

- Como é a sua rotina de trabalho na UTIN?

(Questões de manga: Quais as coisas que mais lhe dão prazer no seu trabalho?

E quais as coisas que menos lhe dão prazer no seu contexto de trabalho? – O que é mais difícil de fazer?)

QUESTÕES NORTEADORAS:

- O que você considera como má notícia / notícia ruim no contexto da assistência aos bebês internados na UTIN?

- No seu cotidiano, você precisa comunicar alguma má notícia aos familiares dos recém-nascidos? (Questões de manga: Você solicita a ajuda de alguém? De quem você pede ajuda? Por que você pede ajuda deste profissional / pessoa?)

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

Depois da primeira questão norteadora, na qual o entrevistado abordará conceitos de má notícia na área de saúde e “se comunica no dia a dia alguma má notícia aos familiares dos recém-nascidos hospitalizados”, será solicitado aos participantes:

“Você poderia me contar alguma experiência que foi significativa (positiva ou negativa), na qual você teve que comunicar uma má notícia sobre a saúde de algum paciente à família? – Tem alguma situação que você já vivenciou na comunicação de má notícia e que te marcou?

“Você poderia me contar alguma experiência que foi significativa (positiva ou negativa), na qual você recebeu uma má notícia sobre sua saúde ou de um filho / familiar?”

(Questões de manga: Como você se sentiu? E o que você fez? Como você fez?)

- O que você considera que pode facilitar a comunicação de uma má notícia sobre a saúde do recém-nascido para os pais ou familiares?

- E o que dificulta o processo dessa comunicação?

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Comunicação de más notícias no contexto da UTI Neonatal**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50670-901; telefone: (81) 9 9940-8373; email: tatadefarias@gmail.com e está sob a orientação da Prof^a Dra. Luciane Soares de Lima- Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco; telefone para contato: (81) 2126-8514; e-mail: luciane.lima@globo.com. Também participa desta pesquisa a Prof^a Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus; telefone para contato: (81) 2126-8543; e-mail: wandenf@yahoo.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como se dá o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na perspectiva dos profissionais.

Para a coleta dos dados serão utilizados, em encontros previamente agendados com o (a) Sr. (a): um formulário de caracterização dos entrevistados, contendo variáveis sócio-demográficas, informações acerca da formação e vivências relacionadas ao tema; além de um roteiro de entrevista semiestruturada.

O tipo de abordagem desenvolvida nesta pesquisa se classifica como de riscos mínimos pela possibilidade de desconforto/constrangimento para os entrevistados durante o procedimento de coleta de dados uma vez que as perguntas são de cunho pessoal. Como forma de minimizar tais riscos as entrevistas serão realizadas individualmente e em local previamente combinado com o/a voluntário/a. Como benefício direto desta pesquisa destaca-se a possibilidade de apresentar uma melhor forma de interação entre os profissionais de saúde e as famílias dos usuários, principalmente quando esta interação for referente à comunicação de más notícias.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados coletados nesta pesquisa, através das entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Comunicação de más notícias no contexto da UTI Neonatal**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo B: Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Comunicação de más notícias entre equipe de saúde e família no contexto da UTI Neonatal**, a qual está sob a coordenação/orientação da Professora Dra. Luciane Soares de Lima - Professora Titular e Pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco.

O objetivo principal da pesquisa é desvelar as estratégias e sentimentos dos profissionais de saúde quando precisam comunicar más notícias sobre a saúde de recém-nascidos aos seus familiares, nesta Instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

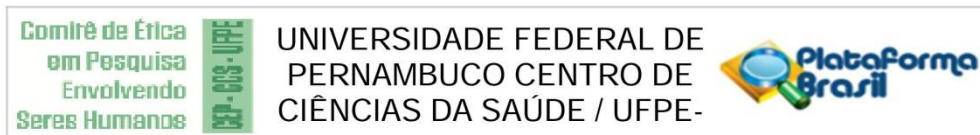
Recife, em 14 / 11 / 2014.

_____ *Indacir Sampaio de Oliveira*

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

Indacir Sampaio de Oliveira
CRM 7039
Coordenadora Unidade Neonatal
HC/UFPE
UFPE

Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMÍLIA NO CONTEXTO DA UTI NEONATAL

Pesquisador: Thaísa de Farias Cavalcanti Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38716014.7.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.675

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

A presente proposta de pesquisa sobre "Comunicação de más notícias entre equipe de saúde e família no contexto da UTI Neonatal" do HC/UFPE visa a qualificação da mestranda Thaísa de Farias Cavalcanti Santos no Programa de Pós-graduação em Saúde da criança e do Adolescente do CCS/UFPE. A mestranda toma em consideração fato de, muitas vezes, os profissionais de saúde, que trabalham em UTIs Neonatais se depararem com o desafio de terem que comunicar más notícias aos familiares de recém-nascidos. Pretende avaliar como esta comunicação é feita pelos profissionais da UTI Neonatal do HC/UFPE, e que sentimentos possuem quando fazem isto. Para isto se propõe a entrevistar, com questionários semiestruturados e gravação, 30 profissionais, de nível superior, que atuam na UTI do HC. Pretende verificar se a metodologia usada nesta comunicação é adequada, e o que sentem os profissionais que fazem tal comunicação. A partir dos dados obtidos espera contribuir para que esta comunicação seja aperfeiçoada técnica e humanamente.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa é desvelar as estratégias e os sentimentos dos profissionais de saúde, que atuam em UTI Neonatal, quando precisam comunicar más notícias aos familiares sobre a saúde de recém-nascidos, internados em UTI Neonatal.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

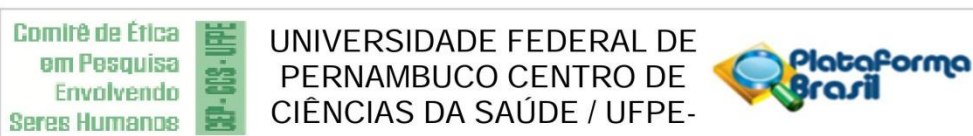
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 897.675

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco aos participantes voluntários na pesquisa será um possível constrangimento quando solicitados a responder aos questionários nas entrevistas.

Os benefícios se referem à possibilidade de os profissionais de saúde, envolvidos na comunicação de más notícias aos familiares de recém-nascidos internados em UTIs Neonatais, de melhorarem sua forma de interação com as famílias que tiverem recém-nascidos nas UTIs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão completos. A Folha de Rosto está assinada pela Profa. Célia Maria M.B. Castro, gerente de Ensino, Pesquisa e extensão do HC/UFPE. A anuência A Orientadora da Mestranda é a Profa. Dra. Luciane Soares de Lima. O TCLE está bem formulado. A pesquisadora se compromete a guardar as gravações das entrevistas em seu arquivo, a iniciar a coleta dos dados, após aprovação do projeto pelo CEP. A Carta de Anuência está assinada pela Coordenadora da Unidade Neonatal do HC, Lindair Sampaio de Oliveira.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 897.675

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br