



UNIVERSIDADE DE EVORA

Débora João Figueiredo Bicho

Comunicação da Más Notícias em Contextos de Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Comunicação da Más Notícias em Contextos de Saúde

Débora João Figueiredo Bicho

Orientação: Professora Doutora Constança
Maria Sacadura da Silva Pinto

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Comunicação de Más Notícias em Contextos de Saúde

Débora João Figueiredo Bicho

Orientadora:

Professora Doutora Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto

2013

Agradecimentos

Terminada esta missão, não podia encerrar esta etapa da minha vida académica sem agradecer e homenagear todos aqueles, que de alguma forma, contribuíram na realização deste trabalho. A longa viagem que percorri até aqui, comportou momentos de grande insegurança, angústia e stress, ultrapassados muitas vezes através do sorriso, apoio e conforto de todos os que me acompanharam em mais uma etapa da minha vida.

Em primeiro lugar a Deus, que me permitiu através da fé imensa que sinto por ele, chegar ao final desta complexa etapa...

A todos os docentes que me acompanharam ao longo de toda a minha formação escolar, sem eles, nunca poderia ser possível chegar até aqui...

Um especial agradecimento a todos os docentes do Curso de Licenciatura em Psicologia e Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, que me acompanharam ao longo do meu curso superior, obrigado por me ensinaram a amar a Psicologia...

Um agradecimento muito especial, para a minha orientadora, Professora Doutora Constança Biscaia, pelo constante encorajamento, disponibilidade, partilha de saberes e pela pertinência das suas apreciações, críticas e sugestões, que me proporcionaram uma aprendizagem profissional, mas também pessoal.

Aos Funcionários da Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, João Garcia e Cidália Pisco pela disponibilidade, ajuda e amabilidade demonstrada em toda a fase de pesquisa.

Um agradecimento a todos os médicos que participaram neste estudo e que permitiram a sua execução, sem os quais nunca teria sido possível chegar até aqui e aos pacientes que também se disponibilizaram a partilhar acontecimentos tão difíceis nas suas vidas.

Aos meus colegas de curso, em especial à minha amiga Marina, pela sua amizade e companheirismo, à minha amiga e vizinha de curso, Ana Guerra pela partilha de saberes e amizade, e por último mas muito especial à minha amiga Bina, pelo apoio, pela amizade, pelas caminhadas ao longo destes quatro anos, mas sobretudo pela sua bondade e partilha de experiências...

Aos meus amigos pelas horas de conversa que proporcionavam momentos de puro prazer e relaxamento...

Ao primo Francisco e ao primo Bruno pela disponibilidade, ajuda e amabilidade...

À Minha família...por me ajudarem a ser quem sou...

Ao meu namorado, Tiago, pela paciência, amizade, companheirismo, mas sobretudo pelas palavras de carinho, pelo incentivo e pelo amor que me oferece todos os dias...

Ao meu irmão, Miguel, por seres quem és, especial e único...sem o teu apoio nada disto tinha sido possível, obrigado pelo apoio que me deste durante todo o curso, sem a tua presença não conseguiria suportar e terminar toda esta etapa da minha vida.

E por fim aos meus Pais...

...ao meu pai, pela vida, pela formação que me deste...obrigado por seres assim, obrigado pela partilha de saberes, pela humildade que tantas vezes não entendo, pela amizade e carinho que me ofereces todos os dias.

...à minha mãe, à mulher da minha vida, à minha melhor amiga e companheira. É a ti que dedico este trabalho, por suportares e superares a má notícia com que fomos surpreendidos na primavera deste ano, graças à Sr.^a da Graça e a fé inabalável que temos, ultrapassamos mais esta partida que a vida nos preparou...

Comunicação de Más Notícias em Contextos de Saúde

Resumo

A realização desta pesquisa visa, essencialmente, explorar a forma como os médicos comunicam as más notícias e como vivem emocionalmente este tipo de tarefa. A partir da revisão teórica realizada sobre o tema, procuramos entender a forma como todo o processo decorre, nomeadamente a preparação, os aspetos que caracterizam todo o processo e posteriormente conhecer a forma como os participantes vivenciam esta tarefa, de difícil trato. Procuramos conhecer todo este processo no seio do contexto hospitalar.

Recolhemos a opinião de dez médicos, através de uma entrevista parcialmente estruturada, que permitiu conhecer a experiência dos profissionais. Pretendemos com o nosso trabalho ajudar futuros médicos a lidar com este tipo de tarefa e a identificarem novas características que desconheciam.

Os resultados encontrados revelaram, elementos caracterizadores da fase de preparação e do processo de comunicação de uma má notícia, o impacto emocional gerado, dilemas e questões éticas que esta tarefa pode desencadear.

Palavras-chave: Comunicação, má notícia, comunicação de más notícias, contexto hospitalar, médicos, pacientes

Communication of Bad News in Health Context

Abstract

The carrying out of this research aims, primarily, to explore the way how the doctors communicate the bad news and how they live emotionally with this task. According to the theory review made about the theme, we wanted to understand the way how all the process was happening, specifically the preparation, the aspects that characterize all the process and afterwards to know how the players feel and support this complicated task. We wanted to know all the process in hospital context.

We collected the opinion of ten doctors, through an interview partially structured that allowed the knowledge of the experience of the different professionals. We pretended with our work, to help future doctors to deal with this type of task and to identify new characteristics unknown for them.

The results showed characterized elements of the stage of preparation and the process of communication of the bad news, the emotional impact conceived, dilemmas and ethic matters that this task can initiate.

Key-words: communication, bad news, communication of bad news, hospital context, doctors and patients.

Índice Geral

Introdução	1
Parte I- Enquadramento Teórico	3
Capítulo 1. A Comunicação em Contextos de Saúde	3
1.1. Processos de Comunicação em Saúde	3
1.2. Problemas e Desafios de Comunicação entre os Profissionais de Saúde e os Utentes	6
1.3. Como Melhorar a Comunicação entre os Técnicos de Saúde e os Utentes	8
Capítulo 2. A Comunicação de Más Notícias	9
2.1. Comunicação de Más Notícias: Aspectos Gerais.....	9
2.2. Protocolos e Diretrizes para a Comunicação de Más Notícias	13
2.3. Comunicação de Más notícias: Erros Comuns.....	19
2.4. As Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias	21
2.5. Como vivem os Médicos a Tarefa de Comunicar Más Notícias.....	23
Parte II - Estudo Empírico	29
Capítulo 3 - Enquadramento e Objetivos do Estudo	29
Capítulo 4 - Metodologia	30
4.1. Tipo de Pesquisa	30
4.2. Participantes na Investigação	30
4.3. Instrumento Utilizado na Recolha de Dados	31
4.4. Procedimento de Recolha da Informação	33
4.5. Procedimento de Análise de Dados	34
Capítulo 5 - Apresentação e Discussão dos Resultados	38
5.1. Apresentação e Análise dos Resultados.....	38
5.2. Tema 1: Preparação da Comunicação de Más Notícias.....	38
5.3. Tema 2: Processo de Comunicação das Más Notícias	44
5.4. Tema 3: Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos	52

5.5. Tema 4: A Vivência de Dilemas Éticos e Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias.....	57
5.6. Discussão dos Resultados.....	59
Conclusões	73
Referências Bibliográficas	78
Anexos.....	83

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	31
Quadro 2 – Preparação da Comunicação de Más Notícias	39
Quadro 3 - Processo de Comunicação das Más Notícias	45
Quadro 4 - Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos	53
Quadro 5 - A Vivência de Dilemas Éticos e Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias.....	57

Índice de Anexos

Anexos	83
Anexo I – Guião da Entrevista	84
Anexo II – Autorização do Concelho de Administração do Hospital e da Comissão de Ética do mesmo	87
Anexo III - Consentimento Informado.....	90
Anexo IV - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 1: Preparação da Comunicação de Más Notícias)	92
Anexo V - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 2: Processo de Comunicação das Más Notícias).....	105
Anexo VI - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 3: Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos)	120
Anexo VII - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 4: Principais Dilemas Éticos e Questões Éticas Vividos pelos Médicos)	129

Siglas e Abreviaturas

E – Entrevista

UR – Excerto de declarações significativas dos participantes

Introdução

A comunicação é o motor de qualquer relação humana, independentemente do contexto em que esta se desenvolva. Pressupõe trocas de palavras, trocas de sentimentos, reações, papéis, emoções e outras tantas trocas, que por mais papel que existisse talvez não se conseguissem escrever. De cariz complexo e dinâmico, a comunicação pode ser realizada por infinitos meios, meios verbais, não-verbais que permitem fazer acontecer acontecimentos e relações, sejam elas duradouras ou não.

A comunicação é um tema muito diversificado e complexo, que pode ser abordado de várias perspetivas. O presente estudo fez incidir a sua pesquisa na comunicação desenvolvida no contexto de saúde. Como em qualquer outro contexto, em saúde a comunicação apresenta-se como um elemento base, que permite informar e se possível influenciar os indivíduos numa contante procura por uma prevenção e promoção da sua saúde. Nos contextos de saúde, esta deve ser baseada num cuidado holístico, que permite um cuidar total, sem falhas, contemplando e analisando todas e qualquer faceta do ser humano. O interesse por a faceta biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano deve ser contemplado por todos os profissionais que comunicam com o ser humano.

Nestas circunstâncias, a comunicação em saúde foi a ideia inicial que nos despertou curiosidade para estudarmos um campo mais específico da comunicação no contexto da saúde. Sendo um tema difícil e muito complexo a comunicação de más notícias em contextos de saúde despertou uma curiosidade infinita que levou ao nascer deste estudo. Para o realizar, começámos primeiro, por explorar esta área e todas as particularidades que ela nos oferecia.

A pertinência do tema “Comunicação de Más Notícias em Contexto de Saúde” está aparentemente justificada pelo interesse que este tem suscitado no seio de formação em ambientes hospitalares e no crescente interesse que está a ser alvo nos grupos de investigação. É com base nas investigações realizadas acerca da comunicação de más notícias que nos propomos a estudar este tema.

A presente investigação tem como objetivo principal obter elementos que nos permitam conhecer a forma como os médicos comunicam e vivem emocionalmente a comunicação de más notícias aos pacientes.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa. Esta opção metodológica revelou-se a mais adequada para o estudo que iria ser delineado dado que se iria estudar processos individuais e exploração de vivências profissionais

e pessoais. Concretamente, fez-se uma análise do material recolhido por meio de entrevistas a dez médicos que se disponibilizaram para colaborar.

A presente dissertação foi estruturada em duas partes. Numa primeira parte, realizamos um enquadramento teórico sobre o tema.

Num primeiro capítulo, centramos o nosso estudo sobre a comunicação em saúde, mais propriamente, nos processos deste tipo de comunicação. Posteriormente, a nossa atenção foi focada em diversos problemas e desafios da comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes e na forma como se podem melhorar a comunicação entre ambos.

Num segundo capítulo, centramos a nossa atenção sobre a comunicação de más notícias propriamente dita. Foram descritos os aspetos gerais deste tipo de comunicação, os protocolos e diretrizes para a comunicação de más notícias, erros comuns que podem ser cometidos pelos médicos quando lidam com esta tarefa e questões éticas na comunicação de más notícias. Por fim, nos últimos pontos elaboramos uma revisão de literatura da forma como vivem os médicos a tarefa de comunicar más notícias.

Numa segunda parte desta dissertação, demos origem à descrição do estudo empírico realizado. No terceiro capítulo realizamos um enquadramento do tema e descrevemos quais os objetivos do estudo. No capítulo quatro, identificamos os aspetos referentes à metodologia utilizada. Explicamos a constituição da amostra; a caracterização do instrumento; o procedimento de recolha da informação e o procedimento de análise de dados. No capítulo cinco, expomos a apresentação e análise dos resultados e discussão dos mesmos, que foram encontrados no estudo empírico. No capítulo seis mostramos as conclusões, que fazem o ponto da situação de toda a pesquisa efetuada, apresenta-se as limitações encontradas e possíveis propostas a futuras pesquisas sobre o tema. Também foram mencionadas algumas implicações para a prática profissional.

Tratando-se de uma pesquisa que reflete toda a curiosidade pela forma como os médicos se comportam e vivem a comunicação de más notícias, que ocorre frequentemente no seu dia-a-dia profissional, escolheu-se como local de realização das entrevistas o próprio contexto hospitalar. Desejamos, desta forma, contribuir para a compreensão deste fenómeno, através do exemplo de um grupo de médicos que lidam diariamente com este tipo de tarefa, nomeadamente na identificação de elementos que permitem caracterizar este processo e todas as vivências emocionais que este proporciona.

Parte I- Enquadramento Teórico

Capítulo 1. A Comunicação em Contextos de Saúde

1.1. Processos de Comunicação em Saúde

O conceito de comunicação apresenta uma grande complexidade e inclui em si próprio muitas outras variáveis conceptuais. Segundo Abric (1999), a comunicação é definida como um conjunto de processos através dos quais se realizam trocas de informações e de significações entre as pessoas numa dada situação e contexto social.

Sendo que a comunicação constitui um ato social, sustentada por uma interação entre dois ou mais interlocutores, esta passa a ser o resultado de um processo, processo este que cada indivíduo interpreta, codifica ou descodifica a situação e os comportamentos do outro em função da representação da situação, onde estão incluídos a representação de si próprio, do outro e do contexto social e cultural (Abric, 1999). Desta forma, a comunicação é encarada e sustentada como sendo um processo de criação e de recriação de informações, de partilha, que permite a interação de sentimentos e emoções entre as pessoas. Em qualquer situação social, a comunicação pode ser transmitida de maneira consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal ou não-verbal, ou pela maneira de agir de cada interveniente (Phaneuf, 2005). É através da comunicação que estabelecemos com os outros que aprendemos e compreendemos as intenções, opiniões, os sentimentos ou as emoções sentidas pela outra pessoa, é através desta que conseguimos criar laços sejam eles duradores ou não, sejam eles significativos ou não (Phaneuf, 2005).

A comunicação é uma atividade humana básica. Todos os seres humanos comportam em si uma necessidade de comunicar inata e universal. Esta é entendida como um fenómeno dinâmico, onde certos acontecimentos e relações agem e atuam uns sobre os outros, cada um influenciando os demais, é um processo que permite transmitir e receber informações, que nos permite compreender os outros e possibilita que os outros nos possam compreender (Reis & Rodrigues, 2002). Na realidade o ato de comunicar faz parte das nossas vidas, desde que nascemos até ao final da nossa vida, fazemo-lo de forma tão espontânea que, muitas vezes, não nós apercebemos ou nem refletimos sobre o modo como o fazemos, por isso é importante, realçar que a comunicação nem sempre acontece de modo intencional ou consciente, esta existe

sempre, quer naquilo que se realiza ou não. Ou seja, *“Por muito que o indivíduo se esforce, é-lhe impossível não comunicar, qualquer atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando”* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1966, p. 45). Por isso, refere-se como axioma da comunicação humana, a impossibilidade de não comunicar, pois comunicamos respondendo verbalmente ou não a uma determinada pessoa, ou mantendo-nos em silêncio quando nos comunicam algo. São ambas duas formas de comunicar e de passar uma determinada mensagem. A comunicação ou o ato de comunicar é visto como um processo de acesso ao outro e de compreensão recíproca entre os seres humanos, por isso, é importante realçar que o desenvolvimento e reconhecimento da importância de competências comunicacionais, está hoje em dia, contemplado como um objetivo essencial em todos os contextos da nossa sociedade.

Como em qualquer outro contexto, a comunicação é de facto nos contextos de saúde um elemento básico. Segundo Teixeira (1997) esta pode ser definida como: o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciarem as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Esta definição aplica-se a todas as áreas da saúde nas quais a comunicação desempenha e comporta uma importância indiscutível.

A comunicação eficaz no contexto hospitalar permite um cuidar holístico do paciente, e não um simples tratar, pois permite que este exteriorize as suas necessidades individuais, promovendo um relacionamento interpessoal para minimizar o processo de despersonalização, experienciado e sentido quando o ser humano está hospitalizado. A comunicação eficaz nos contextos de saúde permite aos profissionais de saúde perceber o ser humano como ser biológico, psicológico, social e espiritual e não como um ser fragmentado e frágil nos seus sistemas funcionais (Morais et al., 2009).

De facto, a comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter diferentes finalidades e objetivos, tais como: promover e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde; prevenir doenças; sugerir mudanças de comportamento; prescrever exames de rastreio; informar sobre a saúde, doenças e exames médicos; prescrever medicamentos; recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados em indivíduos doentes (Teixeira, 1996).

Sendo a comunicação um tema transversal em saúde, esta comporta uma acuidade em diferentes situações, entre as quais: na relação entre os técnicos de

saúde e os utentes; na disponibilização e uso de informação sobre saúde; nos serviços de saúde; famílias; escolas; contextos de trabalho e comunidade; na formação de mensagens; atividades e programas de educação; promoção e prevenção de comportamentos saudáveis; na transmissão de informação sobre riscos para a saúde; promoção de debates sobre temas de saúde nos meios de comunicação social; na acessibilidade aos serviços de saúde; na formação dos técnicos de saúde; nas relações interprofissionais em saúde; na comunicação interna e na qualidade do atendimento aos utentes (Teixeira, 1996).

Os processos de comunicação em saúde são de extrema importância, quer pelo seu carácter transversal (áreas, contextos e serviços de saúde e na comunidade), pelo carácter central (na relação que os técnicos de saúde estabelecem com os utentes) e carácter estratégico (relacionado com a satisfação dos utentes). Todos estes processos têm um valor relevante porque em conjunto todos eles podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e adesão medicamentosa e comportamental (Teixeira, 1996). Muitas vezes os utentes avaliam a qualidade dos cuidados de saúde prestados, com base nas competências comunicacionais dos técnicos de saúde (Teixeira, 1996). Os processos de adaptação psicológica às doenças também podem ser influenciados pela comunicação exercida pelos técnicos de saúde. Pois quando um ser humano adoece e procura o serviço de saúde, a forma como os profissionais de saúde vão responder às necessidades daquela pessoa, influencia a forma como este olha para a sua patologia e como se relaciona com os próprios técnicos de saúde (Teixeira, 1996). Também a comunicação exercida nos contextos de saúde influencia os comportamentos de adesão, as recomendações e desenvolvimento de autocuidados na doença crónica e adesão a comportamentos preventivos para adoção de estilos de vida mais saudáveis (Teixeira, 1996).

É ainda importante realçar que quando a comunicação é realizada de forma efetiva em saúde, esta tem uma influência importante, não só a nível individual, como também a nível comunitário. Enquanto no primeiro, ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde e pode ainda ajudar na utilização de serviços e recursos de saúde; ao nível da comunidade, a comunicação efetiva pode promover mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos, melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e para a qualidade

de vida. Ou seja, os processos de comunicação em saúde influenciam ou podem influenciar os resultados das atividades dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere ao bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes e da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde (Teixeira, 1996).

1.2. Problemas e Desafios de Comunicação entre os Profissionais de Saúde e os Utentes

Segundo Teixeira (1996), quando se estuda a comunicação em saúde, mais precisamente a comunicação entre os profissionais de saúde e utentes, é muito normal encontrar-se problemas de diferentes naturezas. Enquanto os técnicos de saúde estão na maior parte das vezes, mais centrados na doença, nos sintomas, etiologia, diagnósticos ou na terapêutica desta patologia, os utentes, estão mais centrados em si próprios, naquilo que pode acontecer, no que significa aquela patologia na sua própria vida.

A insatisfação com a qualidade dos cuidados que recebem é um dos principais problemas que os utentes se deparam. Quando o ser humano procura apoio e ajuda no serviço de saúde, este necessita não só que lhe fornecem cuidados físicos, como e também cuidados que promovam o seu bem-estar psicológico, através de esclarecimento e apoio a medos ou ansiedade, que podem estar relacionadas com a sua saúde (Teixeira, 1996). Quando o utente não encontra resposta adequada a este tipo de necessidades, leva à existência de insatisfação em relação ao comportamento dos técnicos de saúde e críticas ao desempenho comunicacional dos prestadores de cuidados em saúde. (Teixeira, 1996).

Segundo Teixeira (1996), são vários os principais problemas e dificuldades de comunicação na relação dos técnicos de saúde com os utentes, e que estes podem estar relacionados com três aspetos: transmissão de informação pelos técnicos de saúde, esta pode ser transmitida contendo informação insuficiente, imprecisa ou ambígua sobre determinados comportamentos de saúde, natureza da doença que afeta o utente, exames complementares e tratamentos; informação com excessiva linguagem técnica acerca de resultados de exames ou causa da doença e no tempo limitado dedicado à informação em consultas e intervenções mais centradas nos técnicos do que nos utentes (Teixeira, 1996). De facto os técnicos de saúde, devem ter atenção á forma como é fornecida determinada informação, sendo que é de crucial importância que tenham em atenção que a informação em saúde deve ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, deve ser baseada numa dada evidência e personalizada, ou seja, cabe ao técnico de saúde saber e ter

em atenção que a informação só deve ser disponibilizada ao utente à medida das suas necessidades, adaptada ao nível cultural e ao seu estilo cognitivo da pessoa doente (Teixeira, 1996).

Outra dificuldade e/ou problema encontrado na comunicação existente entre técnicos de saúde e pacientes, encontra-se nas atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação (Teixeira, 1996). Os técnicos de saúde encorajam pouco as perguntas por parte dos utentes, estes têm tendência a falar mais do que a ouvir aquilo que os utentes lhes trazem, por vezes, alguns técnicos, não se preocupam por conhecer as preocupações e expectativas do utente face ao seu problema, o que leva, muitas vezes, a induzir atitudes passivas e dependentes por parte dos utentes, regido por um modelo biomédico (que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico e de tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação) e pelo modelo autoritário de influência social dos técnicos de saúde, no qual o paradigma relacional é de tipo parental e o paradigma comunicacional é de tipo perito/leigo (Teixeira, 1996). Ao contrário da participação passiva, quando o utente demonstra uma participação ativa, está a ter um efeito positivo na receção da comunicação, conferindo uma maior perceção de controlo ao utente e, portanto, menos stress e menor ansiedade, tendo em conta que exige um modelo de cooperação entre o profissional de saúde e o utente, em que o profissional tem em conta as atitudes, crenças e expectativas do utente (Teixeira, 1996).

Um terceiro problema encontrado na comunicação entre técnicos de saúde e utentes, está ligado à comunicação afetiva dos técnicos de saúde, ou à ausência desta, por exemplo, quando ocorre um certo distanciamento afetivo, caracterizado pela dificuldade que o técnico de saúde tem para prestar apoio emocional e transmitir segurança (Teixeira, 1996).

Por último, um outro problema, pode ter origem na literacia de saúde (definida como a capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde). O técnico de saúde deve ter em conta que há desigualdades de comunicação e deve adequar o seu discurso a indivíduos com estatuto socioeconómico e nível educacional baixo. Cabe ao técnico de saúde saber que o utente tem dificuldades em compreender o seu estado de saúde e as necessidades de mudança de comportamentos, planos de tratamentos e de autocuidados que necessita (Teixeira, 1996).

As consequências advindas dos problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os utentes podem ser inúmeras e variadas, como por exemplo, a crescente e sentida insatisfação dos utentes face à qualidade dos cuidados de

saúde que lhes são prestados; os erros de avaliação que podem acontecer da parte dos profissionais de saúde, por exemplo quando não se identificam queixas relacionadas com crises pessoais e/ou dificuldades de adaptação psicológica e cognitiva à patologia; comportamentos de adesão insatisfatórios; dificuldades no confronto e adaptação à doença por não saber o que fazer, por ter recebido informação contraditória ou até por se sentir incompreendido e comportamentos inadequados de procura de cuidados (Teixeira, 1996). De facto, as dificuldades e lacunas relacionadas com a comunicação entre os técnicos de saúde e utentes podem fazer surgir comportamentos de adesão insatisfatórios pela parte dos utentes, em relação à realização e adoção de comportamentos saudáveis, à realização regular de exames de rastreio e de diagnóstico, à adoção de autocuidados e realização de consultas (Teixeira, 1996). Podem surgir consequências graves e negativas para o bem-estar dos utentes e dos técnicos de saúde.

1.3. Como Melhorar a Comunicação entre os Técnicos de Saúde e os Utentes

Nos dias que correm ainda existe uma grande necessidade de intervenção e formação na área da comunicação entre os profissionais de saúde e utentes. É necessário desenvolver as competências de comunicação entre estes dois grupos (Teixeira, 1996). Para tal, devemos ter em conta, dois princípios que podem ser trabalhados com o objetivo de se desenvolver esta mesma área. Falamos em primeiro lugar da necessidade de formação na área da comunicação aos técnicos de saúde. Dado que a formação universitária dos técnicos de saúde é muitas vezes, baseada em aspetos de natureza biomédicos, técnicos e assistenciais, existe um descuido em lecionar-se sobre competências comunicacionais em saúde (Teixeira, 1996). É de facto, importante a formação neste tipo de área, pois esta permite adquirir competências básicas de comunicação como a escuta ativa; perguntas abertas; treino assertivo; a resolução de conflitos e negociação; aprender a transmitir as más notícias; aprender a transmitir informação sobre medidas preventivas, exames, tratamentos e autocuidados; adquirir formas de transmitir informação de saúde escrita e adquirir práticas de elaboração de guidelines (Teixeira, 1996). Estas capacidades permitem aos técnicos de saúde tornarem-se melhores comunicadores (Teixeira, 1996).

Em segundo lugar, falamos da necessidade de formação destinadas a promover competências de comunicação nos utentes, tornando-os pró-ativos, na procura de informação sobre saúde, na participação sobre realização de exames ou tratamentos e na capacidade de questionar o técnico de saúde sobre aquilo que os preocupa (Teixeira, 1996).

Capítulo 2. A Comunicação de Más Notícias

2.1. Comunicação de Más Notícias: Aspectos Gerais

Como sabemos e inclusive foi supracitado no capítulo 1, a comunicação é uma ferramenta primordial e com uma importância indiscutível em saúde. É através desta capacidade que todos os profissionais de saúde informam e comunicam aquilo que está relacionado com a sua área de competência, sendo que uma boa comunicação torna-se um elemento precioso na relação e na forma como se presta cuidados de saúde e como se lida com o paciente (Porciani, 1993).

No entanto nem sempre essa comunicação é fácil, nomeadamente quando se tem de comunicar uma má notícia. Inúmeras pesquisas, revelam que existe ainda alguma resistência e dificuldade pela parte dos profissionais de saúde, em comunicar más notícias (Baer et al., 2008; Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009; Vail et al., 2011), tendendo esta situação a gerar um grande stress nos médicos, a vivência de emoções intensas e sensações de responsabilidade referentes não só à informação que será comunicada ao paciente, como também pelo medo e consequências de uma reação negativa da parte do paciente (Baile et al., 2000). Má notícia é definida como qualquer informação que altera negativamente a visão que o paciente tem do seu futuro (Dias et al., 2003; Ungar, 2002), ou seja, que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro num sentido negativo (Buckman, 1984; Miranda & Brody, 1992). A comunicação de más notícias é definida como, qualquer informação sobre cuidados de saúde onde há uma sensação de desesperança, percepção de ameaça, ou estado de risco de uma pessoa em termos físicos ou mentais, com consequências negativas num estilo de vida estabelecido (Payán et al., 2009). É uma mensagem que tem o potencial de destruir esperanças e sonhos, de provocar mudanças no estilo de vida de uma pessoa e que leva a um futuro diferente daquele que a pessoa sonhava (Edwards, 2010).

O impacto de uma má notícia, segundo Bascuñán (2005), depende das expectativas do paciente e da sua condição física e emocional, mas também do tipo de notícia. Tais notícias podem estar relacionadas com um procedimento doloroso, como o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida de um ser humano, como a diabetes, a perda da visão ou da audição, um prognóstico negativo como a amputação de um membro, a doença crónica, neoplasias, ou ainda o fim das possibilidades curativas que levam a situações terminais, tratamentos paliativos aversivos e prolongados, entre outras situações (Carter-Brown, 2010; Caillier, 2010; Sastre, Sorum, & Mullet, 2011). Desta forma, pode-se perceber que uma má notícia comporta um possível sentimento de dor e sofrimento, e que perante esta o médico, o paciente e

a sua família podem ter diferentes reações, que se exprimem em diferentes formas de lidar com a informação (Lima, 2003).

Comunicar uma má notícia, deve comportar uma atitude compassiva e equilibrada, requer perícia (conhecimentos e aptidões específicas) e discrição, e ambas podem ser aprendidas e praticadas ao longo da vida e com o exercício profissional contínuo (Baer et al., 2008). Desta forma, e segundo a revisão bibliográfica realizada é quase sempre ao médico que cabe a tarefa de comunicar as más notícias, porque é este o primeiro a ter acesso ao diagnóstico, estando profissionalmente capacitado para estabelecer uma evolução clínica (Leal, 2003). É dele que o doente espera receber a notícia (Leal, 2003). Desta forma, Albert Jovell (1999) refere que quando existe uma dada situação em que o médico tem a tarefa de comunicar uma má notícia, este deve falar oralmente com a pessoa, pois este é o melhor procedimento para favorecer a relação entre o profissional de saúde e o utente, e ainda mais quando esta se baseia numa relação de confiança, respeito, compreensão e afeto. A capacidade de comunicação é a habilidade mais importante numa relação de ajuda, quando utilizada de uma forma correta contém e comporta inúmeros benefícios para o paciente. Quando o profissional de saúde dá a informação ao doente, de acordo com as suas necessidades, contribui para a diminuição do seu isolamento e medos e leva o utente a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação (Leal, 2003).

Por outro lado, a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o paciente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a um sentimento de insegurança na sua relação com o médico, e isto pode ter efeitos devastadores para os pacientes e famílias, afetando a sua adaptação psicológica à doença (Barclay, Blackhall, & Tulskey, 2007) o nível de ansiedade dos pacientes, ajustamento emocional ao diagnóstico e à satisfação com a consulta (Vail et al., 2011). Desta forma, quando o profissional de saúde respeita o paciente, o seu tempo, os seus sentimentos, e disponibiliza tempo para responder a perguntas e garantir ao doente que será continuamente apoiado, mesmo quando a cura não for possível, isto é sentido pelo paciente, e o sofrimento que emerge neste quando é comunicada a má notícia é de algum modo aliviado (Leal, 2003). A comunicação entre profissional de saúde e o utente deve ser eficaz, isto é essencial não só para que se possa compreender a natureza do problema, sentimentos e angústias que o paciente possa estar a sentir, como também para conhecer a perceção do paciente acerca da sua patologia (Sutton, Baum, & Johnston, 2005).

Agora que na medicina é defendido uma abordagem biopsicossocial do indivíduo, torna-se obrigação dos médicos quando comunicam uma má notícia, ajudar os pacientes a lidar com a ansiedade e com informações médicas adversas (Zheng, 2011). Estes devem conhecer o funcionamento global dos pacientes e ter em atenção o seu bem-estar psicológico e social, proporcionando-lhes informações precisas e compreensíveis, sendo esta tarefa tão importante, como a tarefa de lhes proporcionar e informar sobre o tratamento correto. Gerir a ansiedade do paciente é tão importante, como gerir os seus sintomas físicos (Baer et al., 2008).

A literatura mostra basicamente três modelos para informar as más notícias. Num primeiro modelo, contemplado como o modelo tradicional, o profissional de saúde dará a má notícia a um familiar, que junto com o médico ou outro profissional oculta a má notícia ao paciente, impedindo a participação deste nas decisões acerca de tudo o que esta pode implicar (Stedeford, 1981), claramente um modelo em desuso. Um segundo modelo, que impõe uma revelação total da notícia, ou seja, este implica revelar todas as informações ao paciente, promovendo a confiança e a comunicação médico-paciente (Goldie, 1982). E por último, um terceiro modelo, que se traduz num modelo, onde a revelação é dada de forma individualizada, o tipo de informação e a quantidade que é revelada e o grau de revelação é ajustado a cada paciente, aos seus desejos, nomeadamente aquilo que este deseja saber. Este modelo potencializa e permite uma relação colaborativa de ambas as partes, paciente-profissional de saúde (Back et al., 2005). A comunicação deve ser centrada no paciente, onde se pretende explorar e estabelecer um terreno comum, compreender fatores psicossociais, e partilhar com o paciente as suas experiências de doença (Baer et al., 2008). A construção de parcerias de confiança com os pacientes, diminui a utilização desnecessária de recursos da saúde e facilita a recuperação da doença (Barclay, Blackhall, & Tulsky, 2007).

Como foi supracitado a comunicação de más notícias normalmente é comunicada pelo médico, contudo o trabalho em equipa multidisciplinar, por um lado ajuda a prevenir as discrepâncias nas informações e por outro lado permite identificar as necessidades dos pacientes (Barclay, Blackhall, & Tulsky, 2007). Devido ao seu papel próximo com os pacientes, os enfermeiros são muitas vezes chamados para responder a perguntas sobre o prognóstico e tratamento e são identificados pelos pacientes como uma fonte primária de informação e apoio emocional, assumindo uma função vital como elo entre os pacientes e médicos (Barclay, Blackhall, & Tulsky, 2007).

Como já vem sendo discutido, a comunicação de más notícias é uma tarefa complexa e imprescindível para o médico, desta forma, este deve ter em conta que a comunicação de uma má notícia inclui dois componentes principais, o *processo*, ou seja, o estilo e a configuração da comunicação, e o *conteúdo*, mais concretamente, o que é dito (Chió et al., 2008).

Competências gerais melhoram a comunicação entre pacientes e médicos em todas as configurações (Barclay, Blackhall, & Tulskey, 2007). Desta forma, torna-se indispensável falar da necessidade que o médico deve ter de estar totalmente familiarizado com o caso, este deve conter consigo as informações médicas e resultados de exames estudados e concluídos antes do encontro com o paciente, deve esclarecer as relações entre as pessoas que acompanham o paciente para evitar fazer suposições falsas sobre a situação do paciente e posteriormente deve certificar-se da disponibilidade e suporte e apoio emocional que o paciente necessitar (Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009). Numa situação destas, o profissional de saúde, não deve cair no erro de ser excessivamente otimista e reconfortante de uma forma inadequada, pois esta não faz sentido na relação médico-paciente, cabe ao médico encorajar o paciente, mas de uma forma realista transmitindo a notícia difícil aos poucos, com pequenas informações que permitem a longo prazo dar mais informações, sendo importante não discutir com o paciente ou criticar a sua reação emocional (tais como a raiva ou lágrimas) (Baile & Beale, 2003 *citado por* Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009).

Baile et al. (2003) (Baile et al., 2003 *citado por* Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009), referem que uma interação empática é crucial na comunicação de más notícias, cabe ao profissional de saúde dar apoio emocional, incluindo estar mais atento aos sinais de angústia do paciente, fazer perguntas abertas para facilitar a expressão de sentimentos deste, determinar a causa da emoção que, direta ou indiretamente decorrem da notícia, para que desta forma transmita ao paciente o reconhecimento dos sentimentos e preocupações que este pronuncia, de forma a diminuir a sua ansiedade. Dada a importância daquele momento, pesquisadores clínicos, dizem que deve haver uma preparação para o encontro com o utente, criando um ambiente de apoio (Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009). Referem estes que a empatia, o respeito, a colaboração e o uso apropriados de perguntas abertas com foco em aspetos psicológicos da doença, resumindo, e clarificando as áreas de má compreensão, facilitam, juntamente com o suporte emocional este processo e tornam-se medidas relevantes para ajudar as pessoas (Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009).

A preparação para a comunicação da má notícia é muito importante. Os prestadores de cuidados de saúde devem ter um conhecimento prático de áreas potenciais de discussão, antes de falar com os pacientes, para evitar ser apanhado de surpresa ou parecerem desinformados. Quando possível, o ambiente físico deve ser adequado para o paciente. Este deve ser privado, tranquilo e confortável, os pacientes não querem sentir-se apressados e técnicas não-verbais tais como sentar, manter contacto visual com o paciente ou familiar e não olhar para o relógio podem ajudar a criar a percepção de tempo amplo (Barclay, Blackhall, & Tulsy, 2007). Uma boa comunicação com os pacientes, leva a que os médicos relatem melhor os resultados e posteriormente os pacientes se sintam mais satisfeitos, tenham uma melhor compreensão e maior adesão ao tratamento.

Buckman (2002) e Girgis e Fisher (1998) referem como aspetos básicos da comunicação de más notícias os seguintes: o direito moral e legal que o paciente tem de receber e conhecer todas as informações precisas acerca da sua patologia e respetivo prognóstico; o paciente deve ser encarado e visto pelo profissional de saúde como responsabilidade primária; o contexto onde irá ser entregue a má notícia deve ser privado e livre de interrupções; a pessoa que transmite a má notícia deve ser responsável e ter conhecimento de todo o processo e ter a percepção se o paciente conhece e compreende a sua situação clínica; deve responder às reações deste, apoiá-lo, ouvi-lo com sensibilidade e validá-lo; o diagnóstico deve ser transmitido logo que for determinado; o profissional de saúde deve fornecer informações de forma clara em segmentos, e verificar se há entendimento desta informação pela parte do paciente; evitar oferecer prognósticos com as projeções de tempo específico; verificar se o paciente (ou família e/ou prestadores de cuidados, quando presentes) pretende conhecer e escutar mais detalhes; e por fim deve-se combinar e planear com o paciente os próximos passos e perguntar se ainda existem dúvidas (Buckman, 2002; Girgis & Fisher, 1998 *citado por* Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009), e garantir que não vai ser abandonado durante todo o processo da sua doença (Baer et al., 2008).

2.2. Protocolos e Diretrizes para a Comunicação de Más Notícias

Baile et al. (2000) e Girgis e Sanson-Fisher, (1995) (Girgis & Sanson-Fisher, 1995 *citado por* Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009) publicaram diretrizes para a comunicação de más notícias. O protocolo de Buckman (1992) e mais tarde de “SPIKES” (Baile et al., 2000), (sendo o segundo uma adaptação do primeiro), é constituído por seis etapas e tem como objetivo prestar orientações ao médico, na comunicação de más notícias. O processo de transmissão de más notícias pode ser

visto como uma tentativa de alcance de quatro objetivos essenciais: recolher informação do paciente, que permite ao médico determinar o conhecimento do paciente e suas expectativas e preparação para ouvir a má notícia; fornecer informação inteligível, de acordo com as necessidades e desejos do paciente; apoiar o paciente utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo recetor da má notícia; e por último, desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de tratamento com a contribuição e colaboração do paciente (Baile et al., 2000).

Para se alcançar estes objetivos o profissional de saúde deve proceder à execução de seis etapas, cada uma das quais associadas a determinadas habilidades específicas. De realçar que nem todas as situações onde é comunicada a má notícia requer a passagem por todas as etapas do “SPIKES”, mas quando elas são requeridas deverão seguir-se umas às outras, respeitando a sequência. O protocolo de “SPIKES” consiste em seis etapas (Baile et al., 2000).

Primeira Etapa: Planeando a Entrevista (S- Setting Up the Interview)

Esta primeira etapa consiste numa preparação para a tarefa que se advinha complexa e difícil para o profissional de saúde. Cabe a este realizar um ensaio mental, onde deve rever o plano para transmitir ao paciente e de como vai responder às reações emocionais deste ou às perguntas difíceis que pode colocar (Baile et al., 2000).

É importante que o profissional de saúde procure alguma privacidade (Baile et al., 2000; Zheng, 2011), sendo, o consultório o local ideal. Contudo, se não houver um disponível, deve-se correr as cortinas em volta da cama do paciente, e ter lenços de papel à disposição no caso de o paciente se emocionar (Baile et al., 2000). A empatia e o respeito que é revelado pelo paciente, começa neste primeiro momento, em que o médico escolhe um ambiente privado e confortável (Baile et al., 2000; Kaplan, 2010). O envolvimento de pessoas importantes para o paciente, deve ser escolha dele, contudo a maior parte prefere ter alguém com ele. É crucial o profissional preocupar-se com o conforto do paciente, estes devem estar próximos, manter o contacto visual, tocar no braço do paciente ou segurar na sua mão (se o paciente se sentir confortável com isso) (Baile et al., 2000; Carson-Stevens, 2008). Nesta primeira etapa, também é importante lidar com as restrições de tempo e as interrupções (Baile et al., 2000; Zheng, 2011), informar o paciente de quaisquer restrições de tempo que se possa ter ou de interrupções que sejam esperadas e garantir a privacidade e abertura, pois estes são fatores que podem afetar uma consulta e/ou processo de acompanhamento

antes de este começar (Baile et al., 2000; Bryant, 2008 *citado por* Edwards, 2010). O médico deve ainda confirmar os factos médicos do processo do paciente, e assegurar que todas as informações necessárias estejam disponíveis ao doente, como por exemplo, os resultados de testes.

Segunda Etapa: Avaliar a Percepção do Paciente (P- Perception)

Nesta segunda etapa, cabe ao médico avaliar a percepção do paciente, ou seja, avaliar o seu grau de entendimento e reação. Para tal, este deve utilizar perguntas abertas, como por exemplo “O que já lhe foi dito sobre a sua situação clínica até agora?” ou “Compreende as razões por que lhe foi pedida uma ressonância magnética?” (Baile et al., 2000). Baseado nessas informações o médico fica a conhecer as informações e grau de conhecimento e entendimento que o paciente comporta da sua patologia e posteriormente pode corrigir desinformações ou moldar a má notícia, para que o paciente compreenda melhor (Baile et al., 2000; Zheng, 2011). Este procedimento aberto, quando é utilizado de forma exploratória pelo médico, obtém-se conhecimento sobre crenças e ideias que o paciente tem sobre a sua situação clínica e avalia-se se este está de alguma forma a negar a sua doença; se comporta algum tipo de pensamento mágico; ou se vive expectativas não realistas de tratamento (Lunbisky, 1999 *citado por* Baile et al., 2000).

Terceira Etapa: Conhecer o que o doente deseja saber (I – Invitation)

Nesta etapa cabe ao médico conhecer a necessidade de informação que é solicitada pelo paciente, pois desta forma podem-se guiar para avançarem para o passo seguinte (Baile et al., 2000; Kaplan, 2010).

Enquanto uma maioria de pacientes expressa o desejo de ter plenas informações sobre seu diagnóstico, prognóstico e detalhes da sua doença, outros não o fazem. Quando o médico percebe que o paciente deseja conhecer toda a informação, isto pode diminuir a ansiedade que estes sentem associada com a divulgação da má notícia (Collen, 1973 *citado por* Baile et al., 2000). Discutir a transmissão de informação no momento em que se pede ao utente para realizar determinados exames, pode ajudar o médico a planear a próxima discussão com o paciente (Baile et al., 2000; Carson-Stevens, 2008).

Etapa Quatro: Dar Conhecimento e Informação ao Paciente (K- Knowledge)

Avisar o paciente que lhe irá comunicar uma má notícia, pode diminuir o choque da transmissão dessas notícias e facilitar o processamento da informação (Baile et al., 2000; Carson-Stevens, 2008). Podem ser usadas diversas frases, como por exemplo, “Infelizmente tenho más notícias para lhe dar” ou “Sinto muito ter que lhe

dizer que...” para comunicar a má notícia ao paciente. Nesta etapa deve-se ter em consideração o nível de compreensão e vocabulário do paciente; não usar termos técnicos; evitar o uso de expressões mais agressivas (Baile et al., 2000; Maynard, 2006), fornecer a informação de forma esporádica e certificar-se periodicamente se o utente compreendeu ou não. Quando o prognóstico é mau, evitar-se o uso de frases como: “*Não há mais nada que possamos fazer*”, esta atitude é inconsistente com o facto de que os pacientes possam ter outros objetivos terapêuticos como o controle da dor e/ou o alívio de sintomas (Greisinger, Lorimor, & Aday, 1997 *citado por* Baile et al., 2000). Nesta etapa, cabe ao profissional de saúde anotar termos técnicos, se necessário, para que o paciente compreenda melhor (Baile et al., 2000; Edwards, 2010; Zheng, 2011).

Etapa Cinco: Responder Empaticamente às Emoções dos Pacientes (E- Emotions)

Responder às emoções dos pacientes é um dos desafios mais difíceis da transmissão de más notícias, pois estas podem variar do silêncio à desconfiança, do choro à negação ou raiva (Buckman, 1992 *citado por* Baile et al., 2000; Ptacek & Eberhardt, 1997). Quando os pacientes ouvem más notícias a sua reação emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e dor (Baile, et al., 2000; Carson-Stevens, 2008). Nesta situação o médico pode oferecer apoio e solidariedade ao paciente como resposta afetiva (Ptacek & Eberhardt, 1997 *citado por* Baile et al., 2000). Uma resposta afetiva consiste em observar qualquer emoção do paciente, como lágrimas nos olhos, um olhar de tristeza, silêncio ou choque. Cabe ao médico identificar a emoção experimentada pelo paciente, por exemplo, se um paciente parece triste mas está calado, o uso de perguntas abertas ajuda a inquirir o paciente sobre o que está a pensar ou a sentir; identificar a razão desta emoção, normalmente ligada à má notícia (Baile et al., 2000; Carter-Brown, 2010). É preciso dar ao paciente tempo para expressar os seus sentimentos e absorver a informação, (Carter-Brown, 2010; Ptacek & Eberhardt, 1997 *citado por* Baile et al., 2000), permitindo que faça pausas e silêncios, ouvindo aquilo que este transmite, estando atento aos seus comportamentos verbais e não-verbais (Zheng, 2011; Edwards, 2010).

Etapa Seis: Estratégia e Resumo, Propor um Plano de Acompanhamento (S- Strategy and Summary)

Pacientes que tenham um plano claro e programado para o futuro têm menor probabilidade de se sentirem ansiosos, sozinhos e inseguros (Baile et al., 2000; Carson-Stevens, 2008). Antes de discutir um plano de tratamento, é importante

perguntar aos pacientes se eles estão prontos para esta discussão e se aquele é o momento. Apresentar opções de tratamento para os pacientes; compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente pode também reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do médico quando o tratamento não é bem-sucedido; avaliar o não entendimento do paciente sobre a discussão pode prevenir a tendência documentada dos pacientes superestimarem a eficácia ou não e compreenderem o propósito do tratamento (Eidinger & Schapira, 1984; Quirt, McKillop, & Ginsberg, 1997 *citado por* Baile et al., 2000).

Com base na pesquisa e nos modelos apresentados por Mast et al. (2005) e Brewin (1991), descrevem-se três abordagens que os que os médicos podem tomar quando comunicam más notícias: abordagem centrada na emoção, centrada na doença, ou uma abordagem centrada no paciente. A abordagem centrada na doença coloca pouca importância sobre a comunicação no âmbito da consulta, defendendo que o sofrimento dos pacientes não pode ser evitado. O papel do médico nesta abordagem é fornecer informações com pouco incentivo para a participação do paciente. A abordagem centrada na emoção dá ênfase à notícia, definida como "grave", o médico pode adotar para uma compreensão, uma abordagem positiva ou centrada no paciente. Isso envolve a adaptação do comportamento à resposta do paciente, mantendo o pensamento positivo e a confiança. Mast et al. (2005), descobriram que a abordagem centrada no paciente foi a mais benéfica para os pacientes, em relação aos quão satisfeitos eles estavam com a consulta, ao seu estado emocional após ter sido entregue a má notícia (Vail et al., 2011).

Um segundo protocolo existente "ABCDE" é muito semelhante ao supracitado (Rabow & McPhee, 1999).

Outro protocolo para servir de base à comunicação de más notícias foi elaborado e apresentado por Narayanan, Bista, e Koshy (2010). Este é designado por 'BREAKS' e é caracterizado por ser um protocolo fácil de memorizar e útil para aplicar em qualquer circunstância. Este é composto por seis etapas:

a) Background

Uma comunicação terapêutica eficaz depende de certa forma do conhecimento profundo e completo que o médico comporta do problema do paciente. É esperado que o médico no período que antecede a comunicação da má notícia, prepare mentalmente as respostas que podem ser necessárias perante a variedade de questões levantadas pelo paciente ou pela sua família. Cabe ao médico dar resposta a todas as questões levantadas pelos pacientes ou seus familiares, e quando este facto

não é possível, este deve investigar todas as dúvidas para transmitir ao paciente um conhecimento completo acerca da sua patologia. Além deste facto, o médico não deve esquecer o estado emocional, apoio, nível educacional e as estratégias de defesa que o paciente dispõe. Só verificando todos estes aspetos, o médico estará apto e preparado para comunicar a má notícia. A cultura e etnia do paciente também são fatores importantes, para tal o médico deve estar alerta e conhecer não só a cultura da pessoa que cuida, mas também a sua individualidade. Toda esta preparação deve ser cuidada para que não existam interrupções durante o encontro clínico, sendo que os telemóveis ou telefones existentes no gabinete devem ser desligados, tal como as barreiras físicas, que não permitem manter o contacto visual.

b) Rapport

Cabe ao médico estabelecer um bom relacionamento com o paciente, pois é indispensável para o sucesso de uma relação terapêutica profissional adotar uma postura positiva e de respeito, contudo deve afastar-se de uma possível atitude paternalista. É necessário dar espaço ao paciente, colocando-o numa posição confortável, condição que permite ao médico realizar perguntas abertas, para ter perceção e avaliar o conhecimento do paciente acerca da sua situação clínica. Por vezes, o paciente não está preparado para receber a má notícia, especialmente quando os sintomas físicos atenuam e este se sinta bem. Quando isso acontece é importante indicar sinais para iniciar o processo de comunicação da má notícia.

c) Exploring

Quando o médico decide comunicar a má notícia, este deve começar a transmissão tendo em conta o que o paciente sabe sobre sua doença. Cabe ao médico, investigar a história, as ideias, as defesas, as dificuldades do paciente. O que ele ou ela pensa sobre a doença e até mesmo a ideia que possam ter do diagnóstico devem ser exploradas, tal como possíveis conflitos entre as crenças dos pacientes. Devem ser envolvidas pessoas importantes do paciente no processo, quando é o desejo deste e se este permitir.

d) Announce

O paciente tem o direito de saber o diagnóstico, mas ao mesmo tempo ele tem o direito de privar-se de conhecê-lo. Assim, o anúncio do diagnóstico tem que ser feito depois de obter o consentimento deste. A comunicação da má notícia deve ser comunicada, utilizando termos simples, evitando a utilização de termos técnicos. As informações devem ser dadas em frases curtas e facilmente compreensíveis, sendo

que não deve ser dada muita informação ao mesmo tempo, programando uma próxima consulta.

e) Kindling

As pessoas reagem de diferentes formas à má notícia, choram, permanecem em silêncio, revoltam-se contra o médico, negam a realidade e a doença, outras simplesmente não reagem. O médico deve dar espaço para que todas estas emoções sejam libertadas. Alguns pacientes não conseguem reter nenhuma informação após a comunicação da má notícia, um sentimento negativo e a lembrança de um destino negativo pairam sobre a sua cabeça, por isso, é aconselhável assegurar que o paciente ouve o que está a ser dito.

O médico deve ser claro, para que os pacientes compreendam a natureza da doença, a gravidade da situação e as opções de tratamento. Não devem proferir quaisquer opções de tratamento irrealistas, pois os pacientes e seus familiares podem agarrar-se a elas e, posteriormente, quando estas não deram certo revoltarem-se. Cabe ao médico certificar-se que o paciente não ouviu apenas o que convinha, ou seja, certificar-se que este não está numa fase de negação da sua doença.

f) Summarize

Quando a consulta chega ao final, o médico deve fazer um resumo do que foi dito e certificar-se das preocupações do paciente. Um resumo escrito é considerável, pois os pacientes geralmente não conseguem conter todas as informações durante o encontro clínico. Devem encorajar o paciente a procura-los sempre que tenham dúvidas e assegurar o apoio ao paciente, pois este poderá tentar o suicídio ou cometer uma atitude desesperada. O médico deve mostrar ao paciente que está completamente envolvido no seu processo.

2.3. Comunicação de Más notícias: Erros Comuns

Há uma série de erros que se podem cometer quando se comunica más notícias, o que pode comprometer a perceção dos pacientes sobre a sua situação real, e/ou agravar sua ansiedade. De acordo com Zheng (2011), podem-se cometer os seguintes erros na comunicação de más notícias.

Comunicar Más notícias no lugar errado ou na hora errada

Um dos muitos erros prováveis de acontecer é o facto de comunicar más notícias aos pacientes durante as visitas médicas. O que esta longe de ser uma situação ideal. Outros pacientes que possam estar na sala, têm curiosidade e isto leva-os a estarem atentos ao que os médicos falam, escutando o que é suposto ser uma conversa privada (Zheng, 2011). Estes factos violam a privacidade dos pacientes,

tornando ainda mais difícil para eles lidar com as informações negativas recém-recebidas. Para isto não acontecer, cabe aos profissionais de saúde procurarem um local tranquilo onde seja dada informação com atenção e apoio ao paciente.

Comunicar más notícias de forma direta

Às vezes os médicos iniciam a consulta por revelar diretamente informações médicas negativas. Nestas circunstâncias, os pacientes ficam preocupados com questões em relação às suas expectativas de vida e isso torna difícil aos médicos continuar com as explicações necessárias sobre o diagnóstico e a discussão sobre os planos de tratamento (Zheng, 2011).

Comunicar más notícias de maneira direta, é mentalmente negativo para todos os pacientes, o que pode resultar num mal-estar próprio para o médico pela forma como comunicou a notícia, o que obviamente, não se torna um bom facilitador à percepção dos pacientes e à aceitação da sua situação clínica. De facto, é necessário preparar o paciente e fornecer pequenas informações, respeitando o tempo e ritmo deste (Zheng, 2011).

Utilizar termos médicos sem explicação correspondente

Ao comunicar uma má notícia aos pacientes, os médicos não devem utilizar termos técnicos ou abreviações (Zheng, 2011). É aconselhável utilizar uma linguagem compreensível, e em seguida, tentar explicar aos pacientes as suas condições individuais. Explicações aos pacientes em que os médicos utilizem metáforas ou comparações podem tornar a comunicação mais fácil.

Terminar sem confirmar se o paciente compreendeu

É possível que os pacientes fiquem chocados com a má notícia em si, tornando-se difícil conseguirem-se concentrar na restante parte do diálogo (Zheng, 2011). E desta forma podem não compreender interpretações sobre o prognóstico, ou opções de tratamento. Por isso, é responsabilidade do médico verificar sempre as respostas e emoções dos pacientes durante o processo de divulgação. Quando os pacientes ficam muito emocionados para participar de uma discussão mais profunda, cabe aos médicos fazerem uma pausa e confortá-los com empatia. Depois de terminar a conversa, os médicos devem sempre permitir que os pacientes levantem as suas dúvidas ou preocupações. Ao fazer isso, os médicos ganham uma oportunidade não apenas para avaliar as respostas emocionais dos pacientes, mas também, para expressar a sua empatia. Mesmo que nenhuma pergunta seja levantada pelo paciente, os médicos não devem deixá-los imediatamente, devendo programar novo encontro,

ou pelo menos, deixar claro que podem sempre questiona-los sobre qualquer informação que não tenham percebido.

2.4. As Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias

As alterações e mudanças que a sociedade sofre constantemente, levam à crescente preocupação sobre as questões éticas. Nos mais variados contextos da nossa sociedade estas questões são cada vez mais importantes e preponderantes. A crescente autonomia e autorrealização do ser humano torna-se um princípio ético, que deve ser tomando como ponto de partida e respeitado.

Se a ética orienta o ser humano para o agir, no contexto da saúde, o ato de informar deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da não-maleficência, princípio da autonomia e o princípio da justiça (Pires, 2001 *citado por* Pereira, 2005). O *princípio da beneficência* defende fazer o bem ao paciente, na promoção, recuperação e prevenção da vida de cada indivíduo. Por sua vez, o *princípio da não-maleficência*, determina não fazer o mal ao paciente, ou seja, este princípio determina a obrigação de não causar algum tipo de dano de forma intencional (Beuchamp & Childress, 2002 *citado por* Ligiera, 2005). De salientar que ambos os princípios supracitados são as bases da moral da profissão médica, desde há largos séculos (Neves, 2001 *citado por* Ligiera, 2005). O *princípio da autonomia* recebeu somente nas últimas décadas a importância desejada. Com vista à necessidade de melhorar o relacionamento entre o paciente e o médico que lhe presta serviços de saúde, este princípio defende que todos os seres humanos devem ser tratados como seres autónomos, quando esta autonomia está ausente, estes devem receber proteção (Ligiera, 2005). Entende-se neste princípio que os indivíduos sendo autónomos têm o direito de decidir e escolher o seu destino e todas as opções pessoais, sem que lhe sejam omissas quaisquer informações, para que este possa atuar com conhecimento de causa (Hooft, 1999 *citado por* Ligiera, 2005). Desta forma, os pacientes têm direito ao consentimento informado ou consentimento livre e esclarecido, pois este é extremamente relevante para o alcance do pleno respeito à autonomia do paciente, é através deste que o doente tem a capacidade de decidir sobre si próprio, de modo a assegurar a capacidade e a autonomia antes de qualquer tratamento ou intervenção (Beuchamp & Childress, 2002 *citado por* Ligiera, 2005). O consentimento informado deve ser um processo de decisão partilhado, baseado na compreensão por parte do profissional e na livre vontade do doente. A necessidade de aceitação do consentimento informado decorre, na realidade, do direito que o paciente tem de opor-se ao tratamento, optando por outro que lhe pareça menos invasivo, ou

até mesmo rejeitando toda e qualquer intervenção (Ligiera, 2005). O direito ao consentimento informado, inclui não só, o direito ao paciente de escutar as explicações sobre o tratamento ao qual deverá ser submetido, mas também, o direito de escolha entre diversas opções terapêuticas ou mesmo o direito a recusar qualquer tratamento ou opção terapêutica (Ligiera, 2005). Por fim, o princípio bioético da justiça, visa garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde (Santos, 1998 *citado por* Ligiera, 2005) permitindo igual acessibilidade aos serviços de saúde, a todos os cidadãos de acordo com as suas necessidades.

Atualmente, o direito à informação e ao tipo de informação é um assunto que assume especial importância nos contextos de saúde. Ao doente e aos seus familiares é reconhecido, como direito destes e dever dos profissionais de saúde. Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes consagrada no quadro legislativo da saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto). São direitos dos pacientes: *ser tratado no respeito pela dignidade humana; respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas; receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais; a prestação de cuidados continuados; ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, competências e níveis de cuidados; ser informado sobre a sua situação de saúde; obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde; dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico; à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam; ter acesso aos dados registados no seu processo clínico; ter privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico; por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações* (Ministério da Saúde, 2012).

Desta forma, e no que diz respeito à comunicação, os doentes têm direito à informação sobre a situação da sua saúde: "esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente (...) conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. Refere ainda que o doente tem direito a não querer ser informado sobre o seu estado de saúde (...) devendo esta vontade ser inequivocamente expressa e indicar, caso o entenda, quem deverá ser informado em seu lugar" (Ministério da Saúde, 2012). As questões sobre o ato de informar, integram de igual forma o domínio de competências dos médicos,

aprovados pela Ordem dos Médicos. Segundo o Código Deontológico, destinado a médicos, que no Artigo 44.º - Esclarecimento do médico ao doente – refere as competências no âmbito da comunicação, referindo como deveres dos médicos: *dever de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da doença; o esclarecimento deve incidir sobre os aspetos relevantes de atos e práticas, dos seus objetivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência; o esclarecimento deve ser prestado pelo médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que preocupa o doente; o esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural; o esclarecimento deve ser feito, sempre que possível, em função dos dados probabilísticos e dando ao doente as informações necessárias para que possa ter uma visão clara da situação clínica e optar com decisão consciente.*

Se é dever do médico prestar e informar os doentes de qualquer tipo de informação relativa à sua situação clínica, segundo os princípios da bioética também os pacientes têm o direito de ter acesso e decidir qualquer opção que faça parte da sua vida. Até à primeira metade do século XX, ocultava-se a verdade ao doente, ou então está era comunicada de forma ambígua e pouco clara, imperando um modelo clássico de relação paternalista entre o médico e o doente, onde o primeiro tomava as decisões referentes ao paciente. Hoje em dia, e tendo em conta as questões éticas descritas, o doente tem o direito a participar de forma ativa no processo de doença, e cabe aos médicos agir segundo os princípios éticos que regem as suas profissões.

2.5. Como vivem os Médicos a Tarefa de Comunicar Más Notícias

A tarefa de comunicar más notícias aos pacientes é sem dúvida, uma das tarefas mais difíceis, que comporta um enorme sentimento de mal-estar e stresse aos profissionais de saúde (Liénard et al., 2010). Existem ainda hoje em dia alguns prestadores de cuidados de saúde, que tem dificuldade em comunicar más notícias, revelando que esta tarefa é uma das mais desafiadoras do seu trabalho (Del Vento et al., 2009). Muitas vezes, relacionado com os seus próprios sentimentos de inadequação e vulnerabilidade, pois se médico nunca foi ou foi pouco treinado a comunicar más notícias, então é normal que estes possam evitar esta tarefa ou realiza-la de forma desadequada (Caillier, 2010). Este facto tem um impacto negativo não só nos pacientes (Fallowfield & Jenkins, 2004; Mast et al., 2005) mas também sobre o estado emocional dos médicos (Fallowfield & Jenkins, 2004; Ptacek et al., 1999 *citado por* Liénard et al., 2010). O que os médicos consideram mais difícil na

tarefa de comunicar más notícias é conciliar o transmitir de informações negativa ao paciente, ao mesmo tempo que têm de ser agradáveis e empáticos com este (Del Vento et al., 2009). Latimer (1998) (Latimer, 1998 *citado por* Del Vento et al., 2009) concebe esta dificuldade como um potencial conflito entre os princípios éticos da beneficência, autonomia e não-maleficência.

Para comunicar a má notícia aos pacientes, e para esta ser suportável quanto possível a estes, os médicos têm de fazer um uso efetivo de habilidades de comunicação e serem capazes de controlar e se possível esconder do paciente, as suas emoções, sentimentos e alguma agitação que possam estar a sentir ligada com esta tarefa (Liénard et al., 2010). Integrar sentimentos de emoção, tais como irritação e/ou pânico, que possam sentir é crucial para que possam comunicar ao paciente informações claras e lógicas, utilizando habilidades de comunicação adequadas (Caillier, 2010). Contudo, isto pode ser difícil para todos os profissionais de saúde e muitas vezes estes não usam habilidades de comunicação adequadas. De facto, o estilo de comunicação de um médico quando divulga más notícias sobre uma determinada patologia pode afetar o grau de ansiedade do paciente (Takayama et al., 2001 *citado por* Fijimori et al., 2005) e subsequentemente o seu ajuste psicológico (Mager & Andrykowski, 2002 *citado por* Fujimoria et al., 2005; Roberts et al., 1994 *citado por* Fujimoria et al., 2005; Sardell & Trierweiler, 1993); a expectativa de desempenho e a adesão às recomendações de tratamento (Andrade et al., 2010). Para tal as habilidades de comunicação do médico foram reconhecidas como um dos fatores mais importantes no alívio do sofrimento psicológico do paciente (Fujimoria et al., 2005). Posto isto, algumas orientações gerais e recomendações foram desenvolvidas para divulgar más notícias no contexto de oncologia clínica (Fallowfield, 1993; Okamura et al., 1998 *citado por* Fujimoria et al., 2005; Grigis & Sanson-Fisher, 1995; Ptacek & Eberhardt, 1996), estas incluem a presença de outros profissionais de saúde quando se divulga as más notícias; o profissional de saúde deve dar ao paciente o diagnóstico somente após este ter sido confirmado; informar o paciente do diagnóstico e prognóstico honestamente, sem rodeios; sentar-se perto da paciente para facilitar o contato físico; e usar uma linguagem simples, sem eufemismos.

Cabe aos profissionais de saúde comunicar com empatia e compaixão a notícia negativa que tem para transmitir, na melhor das circunstâncias, um médico deve ser capaz de comunicar de forma eficaz, deve saber praticamente tudo sobre os problemas dos seus pacientes, e adotar uma abordagem centrada no paciente e na sua família (Park et al., 2010). A capacidade de demonstrar empatia e carinho pode

ser tão importante quanto as habilidades para comunicar o diagnóstico e tratamento. As habilidades de comunicação, contudo são de especial importância na comunicação de más notícias, cabe aos profissionais de saúde utilizarem estratégias de comunicação, como a utilização de termos não-técnicos; fornecer a informação de forma espaçada; verificar se o paciente compreendeu a informação; usar diagramas e desenhos durante o processo, para manter o equilíbrio entre a compaixão, honestidade e esperança; permitir interrupções e tolerar o silêncio e choro do paciente; encorajar o paciente a expressar as suas emoções e dar apoio emocional (Payán, 2009).

O estudo que delineamos tem como objetivo conhecer muitos dos aspetos supracitados. Baile et al. 2000 e Fallowfield e Jenkins, 2004 e Girgis e Sanson-Fisher, 1995 (Girgis & Sanson-Fisher, 1995 *citado por* Liénard et al., 2010), agrupam e indicam nos seus estudos diversas orientações e recomendações que os profissionais de saúde devem consultar antes de comunicar a má notícia. E é com base nestas diretrizes, que o processo de comunicação de más notícias tem sido descrito como um procedimento trifásico complexo, incluindo tarefas diferentes. Também no presente estudo, temos como objetivo conhecer a preparação que os médicos realizam neste tipo de comunicação. Pois, neste tipo de tarefa cabe ao médico, numa primeira fase preparar tudo o que poderá envolver e caracterizar este momento, e preparar o paciente para a receção da má notícia, avaliando o que o paciente sabe, entende e sente sobre a situação (Fallowfield & Jenkins, 2004). Posteriormente o nosso estudo também permite analisar quais as características e aspetos que caracterizam o processo de comunicação de uma má notícia, sendo que esta fase, dedicada à entrega da má notícia, deve ser uma fase complexa, onde o paciente deve além de tomar conhecimento sobre a má notícia, ter à sua disponibilidade o apoio e acompanhamento futuro do médico (Edwards, 2010).

Comunicar más notícias é tido como um processo que pode ser, muito vezes, angustiante e emocionalmente perturbador para os dois - o portador e o destinatário -, uma vez que estes dificilmente se esquecem onde, quando e como a má notícia foi dada. Esta tarefa exige ao médico deter uma formação em estratégias específicas, tendo em conta que as competências neste terreno não melhoram com o tempo e a prática clínica, mas com o conhecimento apropriado e apreendido (Payán et al., 2009). É importante ter em mente que, apesar de más notícias estarem diretamente ligados à comunicação de um diagnóstico de doença grave, cabe ao profissional de saúde não estar só focado neste tema, mas também a outros acontecimentos tais como:

explicação da doença, a necessidade de implementação de dolorosos ou exigentes tratamentos ou mesmo as informações recebidas num mau momento que podem comprometer o futuro do paciente (Payàn et al., 2009).

Segundo Buckman (1984), a tarefa de comunicar más notícias, desperta nos médicos sentimentos de medo e dificuldade, que estes querem esconder e não transmiti-los no seu dia-a-dia:

Medo de ser culpado: Considerado como o pior medo de médicos, é o facto do paciente, poder vir a culpá-los pessoalmente pela comunicação da má notícia. Este facto, já é comum entre os médicos, este fenómeno é conhecido e identificado há largos anos. É importante que os médicos tenham a noção que o aparecimento da doença não foi da sua responsabilidade.

Medo do desconhecido e do não-aprendido: O facto da maioria dos médicos não receber formação específica para este tema, pode desenvolver neste um medo pelo desconhecido ou pelo não-aprendido. Desta forma, a comunicação das más notícias em saúde, é considerada uma das tarefas mais difíceis de realizar, por isso, tem-se em consideração que a existência de treino em dar más notícias parece minimizar o desconforto médico e melhora a satisfação dos doentes e famílias. A dificuldade em abordar o tema, pode conduzir a sentimentos de ansiedade e evitamento da situação.

Medo da reação emocional do doente e familiares: Os médicos têm medo da reação emocional do paciente, que este reage mal; do choro; agitação; ou raiva. Muitos pacientes têm dificuldades na contenção emocional, e para muitos isso é um fator que lhes provoca medo de não saber lidar com aquele sentimento, do que os outros irão dizer de eles próprios sentirem aquela reação.

Medo de expressar emoção: Os médicos são ensinados a manter uma postura calma quando ocorrem situações de emergência, para reprimirem sensações de pânico que possam sentir e para omitir sentimentos de incompatibilidade, ou mesmo antagonismo que sentem por alguns pacientes.

Medo de não saber todas as respostas: Muitos médicos, principalmente os mais jovens, têm dificuldades em afirmar que “Não sabem”, ou seja, não conseguem revelar desconhecimento por algum assunto que não dominam. Muitas vezes os doentes não esperam respostas, preferido alguém que escute o problema, e mais tarde os esclareça sobre as suas preocupações.

Medo pessoal de morte e doença: O medo pessoal que os médicos têm da morte, revelando uma certa relutância generalizada em falar sobre a morte leva a que também este fator promova de certa forma, o distanciamento dos doentes.

Vários estudos têm abordado a situação da comunicação de más notícias. No entanto, a investigação tem sobretudo incidido na experiência do paciente e, um número mínimo de pesquisas apenas considerou e estudou a perceção do médico os seus comportamentos, sentimentos e pensamentos durante o processo de comunicação de más notícias. Normalmente, as pessoas têm sentimentos profundos em entregar ou receber uma má notícia. Ptscek e Eberhardt (1996), (Ptscek & Eberhardt, 1996 *citado por* Payàn et al., 2009) recomendam um modelo para entender o mal-estar e o stress relacionadas com as más notícias a partir do ponto de vista do médico. Este modelo descreve o stress experimentado por médicos antes de realizar a comunicação, e sugere que este sentimento atinge o nível mais alto durante o encontro clínico (Ptscek & Eberhardt, 1996 *citado por* Payàn et al., 2009). Os médicos sentem-se desconfortáveis discutindo informações desfavoráveis, e este desconforto não se deve apenas a este facto, mas também ao medo do paciente e da reação da sua família ou prestadores de cuidados (Lima, 2003 *citado por* Payàn et al., 2009), facto que leva muitos médicos a adotar uma abordagem paternalista para evitar o sofrimento daqueles que procuraram o aconselhamento (Payàn et al., 2009).

Num estudo realizado por Payàn et al. (2009), com 82 médicos de diferentes especialidades que trabalham em seis instituições de serviços de saúde, foram descritos inúmeras barreiras e facilitadores de comunicação de más notícias. Numa primeira fase de preparação da comunicação da má notícia, os resultados apontam que a maior parte dos médicos revela sentir mal-estar pouco ou moderado antes e durante a divulgação da informação, sendo que a maior parte prefere informar a má notícia aos seus pacientes pessoalmente e poucos escolheriam um psicólogo para ser o portador (Payàn et al., 2009). Foi também revelado que, praticamente todos os médicos participantes, asseguram preparar-se antes da reunião com o paciente, revendo os detalhes da história médica, procurando preparar um espaço privado, garantir ter tempo disponível e ensaiar mentalmente antes da divulgação (Payàn et al., 2009). De facto, 22% dos médicos participantes referem ainda que costumam identificar os seus próprios sentimentos antes de falar com o paciente. O mesmo estudo, mostra ainda que os médicos preocupam-se com existência e conhecimento da família ou prestadores dos cuidados dos pacientes, preocupam-se com preferências e sentimentos do paciente. Uma das barreiras encontradas neste estudo e posteriormente encontradas na revisão de literatura revela que a forma como os profissionais de saúde lidam com as suas próprias emoções ou as identificam, é de facto, uma barreira na comunicação de más notícias (Eggly et al., 2006; Fallowfield &

Jenkins, 2004; Mueller, 2003; Payà et al., 2009). Contudo, este facto pode acontecer devido à falta ou limitada formação que os profissionais de saúde recebem em habilidades de comunicação e intervenção emocional em crise. Como consequência, o médico evita envolver-se emocionalmente quando comunica a má notícia e pode mesmo negar os seus próprios sentimentos, e isto pode eclodir para a síndrome “burnout” caracterizada por despersonalização e exaustão emocional e posteriormente enfraquecimento profissional (Eggy et al., 2006; Fallowfield & Jenkins, 2004; Mueller, 2003; Payà et al., 2009;). O sentimento de stress é comum entre cuidadores na profissão médica (Mackenzie et al., 2007; Sherman et al., 2006 *citado por* Hulsman et al., 2010). Na comunicação do médico em particular, quando lhe compete tarefas mais pesadas emocionalmente, como é o facto de ter de comunicar uma má notícia, este tende a sofrer de angústia e stress (Hulsman et al., 2010). Os médicos rotulam e classificam as notícias más como uma tarefa stressante, e há pouca evidência que esta tarefa se torne mais fácil à medida que os médicos se tornem mais experientes (Fallowfield & Jenkins, 2004; Helft & Petronio, 2007 *citado por* Hulsman et al., 2010; Ptacek & McIntosh, 2009 *citado por* Hulsman et al., 2010).

A pesquisa realizada também permitirá conhecer como os médicos participantes vivem emocionalmente a comunicação de uma má notícia, ou seja, qual o impacto emocional que advém deste tipo de tarefa e como este impacto é sentido e posteriormente gerido.

Atualmente, os estagiários de medicina aprendem a habilidade de comunicar más notícias através da aplicação do protocolo de SPIKES (Andrade et al., 2010), contudo a experiência demonstra que adquirir esta habilidade é difícil, devido à falta de experiências de formação que envolvem interações com pacientes reais ou padronizados (Andrade et al., 2010). A importância do ensino de comunicação de más notícias aos estudantes de medicina é enfatizado, e uma variedade de estratégias têm sido apresentadas, incluindo role-play com os colegas e com pacientes padronizados, discussões em pequenos grupos e sessões didáticas para se exercer este tipo de prática (Baer et al., 2008).

Carter-Brown, (2010), refere que a reflexão e discussão gerada no seio de profissionais encarregues de comunicar a má notícia, é algo que se deveria implementar nos contextos de saúde. Partilhar estratégias de comunicação poderia beneficiar os profissionais de saúde e consequentemente diminuir o stress profissional e burnout dos membros das equipas de saúde (Carson-Stevens, 2008).

Parte II - Estudo Empírico

Capítulo 3 - Enquadramento e Objetivos do Estudo

A comunicação em geral é um conceito de grande complexidade, como foi supracitado, na nossa sociedade qualquer interação com os outros é dotada de algum tipo de comunicação. Em qualquer contexto da nossa sociedade a interação humana desenvolve-se através do ato de comunicar, sendo que este é uma necessidade que todos os seres humanos detêm, no seu interior, como algo inato.

Também nos contextos de saúde, mais precisamente nas questões da comunicação entre o utente/médico, é necessário falar-se e praticar-se uma comunicação eficaz entre o médico, neste caso o prestador de cuidados de saúde e o utente, pois só assim se poderá oferecer um cuidado holístico e geral ao paciente. Dentro dos contextos de saúde, considerou-se de todo o interesse estudar o processo de comunicação de más notícias, pois a comunicação é um aspeto crucial na interação social, que emerge e sustenta os cuidados de saúde na relação com o indivíduo e a sua família ou prestadores de cuidados. Como sabemos a comunicação de más notícias é ainda uma tarefa difícil para alguns profissionais, contudo estes têm de lidar com esta frequentemente nas suas rotinas profissionais.

Em conformidade com este facto, parece importante e justificável proceder-se ao estudo da comunicação de más notícias em saúde, na perspetiva dos médicos, sendo eles os responsáveis pela comunicação deste tipo de notícias. Assim, o principal objetivo deste estudo é obter elementos que nos permitam conhecer a forma como os médicos comunicam e vivem emocionalmente a comunicação de más notícias aos pacientes.

Sendo assim, para se proceder à análise e estudo da comunicação de más notícias, foi elaborado uma entrevista, regida por seis blocos temáticos, correspondendo cada um deles a um objetivo específico. **Bloco I:** Objetivo específico legitimar a entrevista e motivar a participação dos entrevistados. **Bloco II:** Objetivo é obter informação sobre a caracterização sociocultural dos participantes. **Bloco III:** Objetivo é conhecer a forma como os médicos preparam a transmissão das más notícias e se tem conhecimento sobre algum tipo de protocolo que existe sobre este assunto. **Bloco IV:** Objetivo é recolher informação sobre a forma como decorre o processo de comunicação das más notícias. **Bloco V:** Objetivo é adquirir conhecimentos sobre vivências pessoais e emocionais dos médicos neste tipo de tarefa. **Bloco VI:** Objetivo é identificar potenciais dilemas e questões éticas vividas pelos médicos na execução deste tipo de tarefas.

Capítulo 4 - Metodologia

4.1. Tipo de Pesquisa

As características do tipo de pesquisa dependem, essencialmente, da questão para a qual a investigação se dirige. Tendo em conta o objetivo geral desta dissertação e sendo que se pretende explorar um assunto repleto de experiência humana e profissional, através de uma entrevista, a pesquisa que se segue tem como base uma investigação qualitativa. Isto porque, como referem Bogdan e Biklen (1994), os investigadores qualitativos interessam-se por conhecer o modo como as pessoas dão sentido às suas vidas.

Trata-se de um estudo cuja finalidade é compreender e caracterizar um fenómeno e uma vivência, segundo o ponto de vista do ser humano e as suas práticas. Nesta linha, a presente pesquisa pretende ser um estudo exploratório e descritivo. Exploratório, porque desejamos aumentar os nossos conhecimentos em torno de uma determinada tarefa e descritivo porque pretendemos relatar de forma detalhada todos os elementos que caracterizam o decorrer do processo supracitado e as vivências emocionais que este comporta. A investigação qualitativa é essencialmente descritiva, dado que os dados recolhidos são em forma de discurso, sendo este resultante da transcrição das entrevistas.

4.2. Participantes na Investigação

Albarello et al. (1997) salientam que nos estudos qualitativos o número de sujeitos a interrogar é reduzido, pelo que a questão ligada à representatividade, no sentido estatístico do termo, não se pode aplicar. Desta forma, o universo de análise, passa a ser adequado aos objetivos da investigação.

A presente investigação decorreu no Hospital Dr. José Maria Grande, E.P.E., ULSNA, Portalegre sendo os participantes constituídos por dez médicos. Os médicos foram escolhidos tendo em conta o serviço onde exerciam as suas funções, pois o objetivo era entrevistar médicos que comunicassem más notícias no seu dia-a-dia. Sendo assim, foram escolhidos cinco médicos-cirurgiões a exercer funções na consulta de cirurgia e consulta externa; três médicos com especialidade de medicina interna, sendo que um deles está destacado para o serviço de oncologia; um médico pneumologista, a exercer funções na Unidade Funcional de Pneumologia; e um médico com especialidade de pediatria a exercer funções no serviço de urgência.

O convite à participação no estudo foi dirigido diretamente aos participantes, que preenchem os requisitos informando-se a finalidade da investigação e das suas

participações. Neste primeiro contacto era combinado a entrevista a ser realizada no futuro próximo e determinava-se com o participante o local, data e hora em que se iria realizar a entrevista.

Quadro 1 - Caracterização Sociodemográfica dos participantes

Entrevista	Idade	Serviço atual onde exerce funções
E A	59	Serviço de Urgência, Unidade de Convalescença e Medicina do Trabalho
E B	38	Medicina Interna
E C	39	Cirurgia e Consultas Externas
E D	51	Cirurgia Geral
E E	45	Cirurgia Geral
E F	59	Hospital de Dia
E G	57	Cirurgia e Consulta Externa
E H	47	Unidade Funcional de Pneumologia
E I	48	Medicina Interna
E J	56	Cirurgia e Consultas Externas

Os dez médicos inquiridos apresentavam idades compreensivas entre os 30 e 60 anos.

4.3. Instrumento Utilizado na Recolha de Dados

Ao pretender-se conhecer e analisar o ponto de vista e a forma como os participantes vivem a comunicação de más notícias, procurou-se um instrumento capaz de reproduzir com maior fidelidade a descrição das diversas vivências e comunicação que cada participante lhe atribui. Os autores consideram a entrevista como um instrumento de recolha de dados mais indicado num estudo exploratório e descritivo. A entrevista fornece-nos informações acerca daquilo que o indivíduo pensa sobre uma dada situação e um dado fenómeno. Esta é um método utilizado na pesquisa qualitativa, que permite recolher dados, onde o investigador, com base em metas previamente definidas acerca do objeto da sua pesquisa, entra em contacto

com aqueles que serão entrevistados para, através de um diálogo informal ou estruturado, adquirir os dados necessários à sua pesquisa (Gil, 1989).

A entrevista de investigação é um diálogo que têm início pela voz do entrevistador e tem como propósito obter informação relevante para a investigação em curso (Cohen & Manion, 1990). Desta forma, a entrevista permite obter informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem, desejam, pretendem fazer, bem como acerca das suas explicações, ou razões a respeito de coisas precedentes (Gil, 1989). Assume a vantagem de possibilitar o acesso aos diversos aspetos da vida social, permitindo de certa forma, obter informações profundas acerca do comportamento humano (Gil, 1989).

Sabendo de antemão que o principal objetivo da dissertação é obter elementos que permitam conhecer a forma como os médicos comunicam e vivem emocionalmente a comunicação de más notícias aos pacientes, a técnica da entrevista oferece todas as condições para ser o instrumento de eleição, pois permite uma interação constante com o entrevistado, consentindo a flexibilidade no modo de questionar, facilitando o controlo da situação, dando ao investigador a observação imediata do impacto provocado pela questão que propôs (Lodi, 1989). Tal como refere Bogdan e Biklen (1994), as questões a investigar são formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural.

Na revisão bibliográfica, constatou-se que a forma como são classificadas as entrevistas variam segundo o ponto de vista de determinados autores. Segundo Bogdan e Biklen (1994) as entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação podendo estas ser definidas como entrevistas estruturada, semiestruturadas ou não-estruturada. O modelo estruturado predefine o uso das entrevistas relativamente abertas, apoiam-se em tópicos ou podem ser direcionadas por um número de questões, permitindo desta forma, que o investigador molde o conteúdo e garante a certeza da comparação entre os dados (Bogdan & Biklen, 1994). Por outro lado, o modelo de entrevista não-estruturada, são denominadas pelos autores como a entrevista muito aberta, no qual o entrevistador permite que o sujeito fale sobre as suas áreas de interesse, procurado aprofundar os temas do início da entrevista. Quem conduz a entrevista é o sujeito entrevistado (Bogdan & Biklen, 1994).

As entrevistas semiestruturadas permitem, como refere Bogdan e Biklen (1994) obter dados comparáveis entre os vários sujeitos, devido à grande riqueza de dados que a informação proporciona. Neste tipo de entrevista, o pesquisador organiza um conjunto/lista de temas sobre os quais pretende obter informação e a partir dos quais

formula questões que apresenta ao entrevistado, de acordo com uma ordem que ache conveniente, e posteriormente pode explorar cada questão tendo em conta o que o participante responde.

Devemos ter em conta, neste tipo de métodos, que passa pelo uso das entrevistas, que o investigador deve ponderar determinadas limitações, como por exemplo: a falta de motivação do respondente, a incapacidade na compreensão das perguntas, a inabilidade para fornecer respostas claras, a influência exercida pelo investigador e o facto de o processo ser demorado poder conduzir a algumas interferências na qualidade do processo.

Neste estudo, optou-se pelo uso de entrevistas semiestruturadas, sendo que estas foram conduzidas através de um guião onde se encontravam algumas questões que foram sendo exploradas mediante as respostas dadas pelos participantes médicos. Considerando tudo o que foi supracitado, construiu-se com antecedência o guião da entrevista, organizada a partir de um conjunto de temas. Para a sua realização teve-se em consideração a revisão bibliográfica realizada anteriormente.

Desta forma, a entrevista realizada junto dos médicos, foi regida por seis blocos temáticos, correspondendo cada um deles a um objetivo específico, como podemos verificar **(Anexo 1)**.

No período que antecedeu a recolha de informação houve necessidade de sujeitar o instrumento então construído à opinião de um juiz experiente¹. Posteriormente, foram realizados determinados ajustamentos, referentes ao enquadramento e organização das questões e objetivos específicos de cada bloco de questões a colocar.

4.4. Procedimento de Recolha da Informação

A aplicação do instrumento “Entrevista” de recolha de informação no Hospital Dr. José Maria Grande, E.P.E., ULSNA, Portalegre, foi autorizada pelo conselho de administração do Hospital e pela comissão de ética do mesmo **(Anexo II)**. A aplicação da entrevista teve dois momentos. Num primeiro momento, foram abordados individualmente cada participante com vista a convidá-los à participação no estudo. Posteriormente, era combinado neste primeiro encontro com os participantes a data e o local específico para a realização da entrevista.

As entrevistas decorreram entre os meses de Março e Maio de 2012, nos serviços de internamento do Hospital supracitado, onde os participantes médicos

¹ Professora Doutora Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto

exerciam as suas funções, no Hospital de Dia integrado no Hospital Dr. José Maria Grande, E.P.E., ULSNA e nas mais variadas salas de Consulta Externa situadas no 2º Piso. Foram asseguradas condições de privacidade, conforto e tranquilidade. O grupo de participantes expressou-se livremente sobre as questões que se colocavam, ao longo da conversa. É importante referir, que antes de iniciar as entrevistas, todos os participantes leram o documento para o consentimento informado (**Anexo III**). Neste era explicado o objetivo do estudo e da entrevista, assegurando-se também a autorização para o registo dos dados em suporte digital garantido a sua utilização exclusiva no estudo realizado.

De salientar que três participantes não permitiram a gravação áudio das entrevistas, alegando o facto de não se sentirem à vontade com este procedimento. Tendo em conta, este facto, as entrevistas foram escritas em tempo real. Independentemente da forma como a entrevista foi recolhida todas as informações e dados verbalmente fornecidos pelos participantes foram recolhidas e escritos de forma detalhada e minuciosa. Todas as entrevistas realizadas foram integradas na análise realizada.

4.5. Procedimento de Análise de Dados

A organização e posteriormente o tratamento da informação recolhida são caracterizados como uma das etapas mais difíceis e complexas de uma pesquisa. A análise dos dados é o processo que permite ao investigador organizar sistematicamente a informação recolhida como objetivo de aumentar a sua compreensão sobre o fenómeno estudado e posteriormente revelar aos outros o que foi encontrado (Bogdan & Biklen, 1994).

A análise de dados começou pela transcrição das entrevistas gravadas. Começou-se por escutar a primeira audição e transcrição em bruto desta, seguida por uma segunda audição. Posteriormente foi realizado um tratamento gramatical do texto e retificação da pontuação. Por fim, foi realizada uma audição final e integral das entrevistas gravadas e comparou-se com os textos já tratados. No que diz respeito à análise de dados das entrevistas não gravadas, procedeu-se à transcrição dos documentos (a limpo) já escrito com as respostas dos participantes. Posteriormente foi realizado a retificação da pontuação. Por fim, foi realizada uma leitura final e integral das entrevistas já transcritas com as antigas.

A análise de conteúdo surge como técnica escolhida no presente estudo. Como afirma Bardin (1995, p.38), é *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das*

mensagens”. Esta é então definida como uma técnica de investigação que permite uma descrição objetiva, sistemática do conteúdo manifesto da comunicação (Vala, 1986). Esta técnica consiste na inferência que o pesquisador realiza acerca das mensagens que recebe. Desta forma, a análise de conteúdo sendo um conjunto de técnicas que permite a exploração de vários tipos de documentos, procura identificar os principais temas abordados num determinado texto.

Esta técnica é organizada em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados, que inclui a inferência e a interpretação. Seguindo a sua linha de ideias, procedeu-se numa primeira fase à pré-análise (constituição do corpus da pesquisa); seguida da exploração do material (fase que se procede à divisão dos textos em unidades de análise e posteriormente à constituição de categorias); e por último à interpretação dos resultados (que pressupõe a partida para os procedimentos de análise).

Constituição do Corpus da Pesquisa

A fase de pré-análise consiste na primeira etapa a ser realizada na análise de conteúdo, esta consiste na organização do material e escolha dos documentos, neste caso, das entrevistas, a serem analisadas. Neste estudo todas as entrevistas foram analisadas. Após a transcrição das entrevistas gravadas em suporte digital e transcrição (a limpo) das três entrevistas que não foram autorizadas a sua filmagem, realizou-se uma leitura integral de todas as entrevistas e dos textos que as componham. É nesta fase que, segundo Bardin (1995) se formulam as hipóteses. Contudo, sendo este um estudo exploratório que incide este sobre uma experiência pessoal e profissional da vida das pessoas, a formulação de hipóteses não seria adequada.

Constituiu-se desse modo o *corpus* da análise, que é referido por Bardin (1995), como o conjunto de documentos que são tidos em conta, que serão submetidos aos procedimentos analíticos. De realçar, que este conjunto de dados foi constituído por todas as entrevistas elaboradas.

Na seleção dos textos, Bardin (1995) propõe algumas regras que devem ser tidas em conta: Homogeneidade (os documentos devem conter uma estrutura idêntica, referir-se aos mesmos temas, serem obtidos por técnicas iguais de modo a permitir procedimentos de análise semelhantes); Exaustividade (todos os elementos que compõem o *corpus* devem ser considerados para análise, não se devendo, portanto, omitir nada); Representatividade (os documentos selecionados devem constituir uma amostra representativa dos dados recolhidos); Pertinência (os documentos

selecionados devem ser adequados enquanto fonte de informação, para corresponderem ao objetivo do estudo).

Considera-se, que estas regras foram observadas e tomadas em conta, pois a recolha dos dados foi obtida por procedimentos iguais em todos os casos; foram transcritas e passadas a limpo todas as entrevistas, na íntegra; os dados selecionados representam os dados recolhidos, obtendo-se documentos importantes com o auxílio dos guiões das entrevistas utilizados.

Exploração do Material

Terminada a fase de pré-análise, procedeu-se à fase de exploração do material. Sendo esta uma etapa longa, foi também uma fase que se caracterizou por muito trabalho. Esta fase consiste essencialmente em momentos e operações de codificação. A codificação permite a transformação sistemática dos dados brutos, agregando-os em unidades. Neste processo, os dados brutos, são transformados e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 1995). A identificação de unidades e divisão dos textos é um processo que permite a organização do documento. Desta forma, procedeu-se à organização das entrevistas e atribuição de uma letra a cada uma delas, sendo que esta letra respeitou a ordem com que estas foram realizadas. Fazendo-se em seguida a seleção das declarações significativas considerando os objetivos do estudo.

Divisão dos textos em unidades de análise

Seguidamente foram selecionadas Unidades de Contexto e Unidades de Registo. A Unidade de Contexto *“serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”* (Bardin, 1995, p. 133). Considerou-se cada bloco temático da entrevista como sendo as unidades de contexto. Por sua vez, a Unidade de Registo, é a *“unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base visando a categorização e a contagem de frequências* (Bardin, 1995, p.130). A identificação das unidades de significado (unidades de texto, de registo ou de informação) e a divisão do texto de acordo com a lógica encontrada é um processo que traz organização ao documento **(Anexo IV, V, VI e Anexo VII)**. Ou seja, a unidade de registo é a unidade de importância a codificar, sendo que esta pode ser o tema, palavra ou frase, para tal,

recorta-se o texto em função da unidade de registo, recorta-se as partes do discurso do texto que caracterizam o tema. De acordo com as características do presente estudo, considerou-se a unidade de registo o tema, que segundo (Bardin, 1995), o tema é a afirmação de um dado assunto, é definido como uma unidade de significação complexa, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações.

Constituição das Categorias

Seguidamente, após a fase de divisão das entrevistas em Unidades de Registo, procedeu-se à fase de categorização. A classificação, categorização é uma tarefa que normalmente realizamos no nosso quotidiano, com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido (Vala, 1986). A prática da análise de conteúdo, baseia-se também nesta operação elementar do nosso quotidiano, e visa simplificar para potenciar a explicação (Vala, 1986).

O sistema de categorização é um conjunto de códigos baseados em conceitos, que ao permitirem uma classificação, deixam identificar a relação que existe entre os elementos. Baseiam-se em conceitos que vão facultar a remontagem do texto, a sua descodificação e uma nova leitura dos documentos. *“Uma categoria é habitual composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer aprender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”* (Vala, 1986, p.110). De salientar que no processo de categorização a questão mais importante, a ser considerada pelo investigador são os conceitos e os indicadores que dizem respeito a esta categoria. Deste modo, *“a inclusão de um segmento de texto numa dada categoria pressupõe a deteção dos indicadores relativos a esta categoria”* (Vala, 1986, p.111). Como se sabe, o processo de construção de categorias pode ter lugar e acontecer de uma forma à priori, à posteriori, ou mesmo através da combinação destes dois, este deve resultar do problema em estudo, da questão da investigação, bem como da teoria e dos dados (Vala, 1986). Na dissertação que se apresenta, as categorias surgiram à posteriori. Numa fase inicial do presente estudo, foi estruturado um quadro onde estão representados os blocos temáticos abordados na entrevista. Tomando como ponto de partida o objetivo geral e específicos do estudo e a revisão bibliografia realizada anteriormente iniciou-se o processo de categorização.

Capítulo 5 - Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1. Apresentação e Análise dos Resultados

Tendo por base o principal objetivo subjacente ao presente estudo, encontrou-se para estudar a comunicação e vivência emocional dos médicos face à comunicação de más notícias, quatro áreas temáticas que serviram de base à análise das entrevistas. Sendo que estas áreas são as mesmas da entrevista realizada aos médicos participantes. As categorias definidas a posteriori surgiram da interpretação dos discursos dos participantes, tendo por base, a ideia incluída no tema e a revisão bibliográfica anteriormente realizada.

As transcrições das declarações dos participantes serão utilizadas para se compreender o fenómeno em estudo, empregando a expressão dos próprios participantes de modo a ilustrar as reflexões que suscitaram.

Na transcrição das declarações significativas encontradas no discurso dos participantes foi utilizado o seguinte código linguístico:

(...) – Excerto do discurso sem interesse para análise;

E – Entrevista

UR – Unidade de Registo

5.2. Tema 1: Preparação da Comunicação de Más Notícias

A comunicação de más notícias é considerada uma das tarefas mais difíceis e complexas que os médicos têm de lidar no seu dia-a-dia sendo a sua preparação é, neste estudo, a primeira área temática a ser estudada. Tendo em conta que nesta primeira área temática se pretende estudar a preparação da comunicação de más notícias, de acordo com os objetivos deste bloco parece-nos melhor dividi-lo em duas subáreas temáticas. Se por um lado, as primeiras questões que constituem esta primeira subárea nos permitem identificar *aspetos importantes e determinantes na preparação da comunicação de más notícias*, por outro lado, com base em perguntas mais específicas, ficamos a conhecer se os médicos possuem *conhecimento dos protocolos de transmissão de más notícias e respetiva aplicação dos mesmos*.

Tendo em conta a linha de raciocínio apresentada, com base na análise ao discurso dos participantes sobre a identificação de aspetos importantes e determinantes na preparação da comunicação de más notícias, emergem diversas categorias, que de alguma forma exemplificam a área temática em análise e consequentemente esta subárea temática em específico. As categorias “**Influência do Contexto**”; “**Individualidade dos Pacientes e Familiares**”; “**Conhecimento do**

Caso”; **“Controlo das Emoções”** e **“Experiência”** resultaram da comunicação dos participantes e estão enquadradas na subárea temática *“Aspetos Importantes e Determinantes na Preparação da Comunicação de Más Notícias”*, que por sua vez, está inserida dentro da área temática *“Preparação da Comunicação de Más Notícias”*, a qual teve origem no bloco temático III, que comporta o mesmo nome. No que concerne às seguintes categorias: **“Médicos que Referem Conhecimento dos Protocolos”**; **“Médicos que não Referem Conhecimento dos Protocolos”**; **“Aplicação dos Protocolos de Comunicação de Más Notícias”**, resultaram da comunicação dos participantes e estão enquadradas na subárea temática *“Conhecimento dos Protocolos de Transmissão de Más Notícias e Respetiva Aplicação dos mesmos”* também inserida dentro da área temática *“Preparação da Comunicação de Más Notícias”*, com origem no Bloco III.

Quadro 2 – Preparação da Comunicação de Más Notícias

Área Temática	Subáreas Temáticas	Categorias	E/UR	Nº Total de Frequência UR	Subcategorias	E/UR	Nº Total de Frequência UR	
1. Preparação da Comunicação de Más Notícias	1.1 - Aspetos Importantes e Determinantes na Preparação da Comunicação de Más Notícias	Influência do Contexto	A1/UR1 e UR3; C1/UR2;	3				
		Individualidade dos Pacientes e Familiares	A1/UR2; B1/UR1; G1/UR1; H1/UR4; F1/UR2; I1/UR4; J1/UR2	7				
		Conhecimento do Caso	D1/UR1; E1/UR1; J1/UR1	3				
		Controlo das Emoções	B1/UR2; E1/UR2; H1/UR2	3				
		Experiência	A1/UR4; C1/UR1; F1/UR1; G1/UR2; H1/UR1; I1/UR1; J1/UR3	7				
	1.2 - Conhecimento e Aplicação de Protocolos de Comunicação de Más Notícias	Médicos que referem Conhecimento dos Protocolos		B1/UR3 e UR5; C1/UR3; F1/UR3 e UR4; I1/UR2;	6	Conhecimento depois do Ingresso na Vida Profissional	B1/UR3; eUR5; C1/UR3;	3
						Conhecimento da Existência e não do Conteúdo	F1/UR3 e UR4; I1/UR2;	3
		Médicos que não referem Conhecimento		A1/UR5; D1/UR2; E1/UR3; G1/UR3; H1/UR5; J1/UR4	6	Por inexistência deste assunto na Universidade	A1/UR5;	1
							D1/UR2;	

dos Protocolos			Não Conhece	E1/UR3; H1/UR5; J1/UR4;	4
			Não Conhece nenhum tipo de Protocolo mas Reconhece a Importância do Tema	G1/UR3;	1
Aplicação dos Protocolos de Comunicação de Más Notícias	A1/UR6 e UR7; B1/UR4 e UR6; C1/UR4;D1/UR3; E1/UR4;G1/UR4; H1/UR6;I1/UR5; J1/UR5	11	Conhece e Aplica os Protocolos	B1/UR6; C1/UR4;	2
			Consequências Positivas da Sua Aplicação	B1/UR4;	1
			Não Conhece mas Ponderava Aplicar dependendo de Determinadas Circunstâncias	D1/UR3; G1/UR4;	2
			Não Conhece mas Pondera Aplicar caso Respeita-se as Regras	E1/UR4; J1/UR5;	2
			Não Conhece mas Pondera Aplicar Caso Concorda-se	A1/UR6 e UR7; H1/UR6;	3
			Nunca Aplicava	I1/UR5;	1

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas na primeira subárea temática “*Aspetos Importantes e Determinantes na Preparação da Comunicação de Más Notícias*”.

Influência do Contexto

A categoria Influência do Contexto foi encontrada no discurso dos participantes quando se analisa o seu discurso relativamente à preparação da comunicação de más notícias. Quando o Médico prepara a comunicação da má notícia, o contexto onde está a trabalhar influencia a forma como preparam a transmissão da má notícia. Desta forma, dois médicos inquiridos revelam que o contexto onde trabalham influencia a forma como se preparam para atuarem: “*A transmissão da má notícia é preparada dependendo muito do contexto onde estamos a trabalhar (...)*” (**A1/UR1**); “*(...) claro que o contexto onde estamos a trabalhar determina a forma como também nós fazemos (...)*” (**C1/UR2**).

Individualidade dos Pacientes e Familiares

Sete dos respondentes do grupo dos médicos referiram em diversas revelações que a Individualidade de Paciente e seus Familiares influencia a forma como estes trabalham, as suas maneiras de agir. Estes sentem que a natureza, personalidade e o conhecimento prévio sobre o paciente e seus familiares é determinante para a preparação da má notícia, sendo que este conhecimento os ajuda a perceber de certa forma se o paciente e familiares estão preparados ou não para a transmissão. As citações seguintes ilustram a categoria em análise: “*A preparação da*

má notícia no meu caso em concreto depende da gravidade da situação e da própria personalidade do doente e da família.” (B1/UR1); “A pessoa, ao fim de uma data de anos já tem a percepção dos doentes e familiares com quem se esta a falar, e vai-se falando tento a pessoa que temos à nossa frente, a sua forma de ser, personalidade (...).” (G1/UR1).

Conhecimento do Caso

O facto de conhecer cuidadosamente a história médica do paciente com quem estão a trabalhar é outro fator preponderante e de uma importância indiscutível quando os médicos preparam a transmissão da má notícia. Desta forma esta categoria foi encontrada e é identificada em três participantes. O conhecimento clínico que detém do caso, as informações e as hipóteses de diagnósticos devem ser aspetos a ter em mente antes do encontro com o paciente, como referem as citações posteriores: “(...) *tenho de ter presente na minha mente todos os pormenores da doença que estes têm, para estar preparado para eventuais questões (...)*” (F1/UR1); “(...) *tenho de ter presente na minha mente todos os pormenores da doença que estes têm, para estar preparado para eventuais questões (...)*” (E1/UR1).

Controlo das Emoções

O controlo das emoções foi uma característica encontrada no discurso de três dos médicos participantes. Ao comunicar a má notícia aos pacientes, cabe aos médicos adotar um certo tipo de postura que seja segura, tal como refere uma das participantes: “*Tento estar sempre tranquila e acalmar-me, parecer o mais calma possível na transmissão da má notícia (...)*” (B1/UR2) sendo que esta postura forte é capaz de apoiar as mais variadas reações por parte dos pacientes.

Tratando-se de uma experiência, complexa e por vezes de difícil execução, três dos médicos inquiridos revelaram, a preocupação e necessidade de esconder do paciente, sentimentos de emoção que possam sentir, e tentar mostrar-lhe tranquilidade e calma, tal como é referido por um dos participantes: “*Preciso estar disponível e saber controlar as minhas emoções, e o que sinto em geral, costuma dar as más notícias nas extremidades do meu dia de trabalho*”, (H1/UR2) visto que só desta forma conseguem comunicar as informações médicas e não só de uma forma tranquila e cuidada.

Experiência

Quando se comunica uma má notícia é, na maior parte dos casos, o médico que tem a tarefa de transmiti-la. Para tal, este deve utilizar determinados elementos indispensáveis e úteis a uma boa comunicação. Segundo sete dos participantes a preparação deste tipo de comunicação é inexistente tendo em conta a experiência profissional que adquiriram. Visto isto, com base em algumas respostas dos participantes a comunicação de más notícias, é baseada na experiência profissional que os respondentes referem. Mostramos alguns exemplos: “ (...) a preparação é com base na minha experiência (...)” (A1/UR4); “Não preparo, com a experiência que tenho já vai saindo, não preparo nada de especial.” (C1/UR1); “Habitualmente não faço nenhuma preparação, faço-o de maneira intuitiva, fruto da minha experiência (...) faço-o intuitivamente, não tenho nenhuma forma definida (...)” (F1/UR1); “Não preparo, não tenho nenhum esquema, é fruto da experiência”. (H1/UR1).

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas na segunda subárea temática “*Conhecimento e Aplicação de Protocolos de Comunicação de Más Notícias*”.

Médicos que Referem Conhecimento dos Protocolos

Através de perguntas mais específicas conseguimos conhecer que tipo de conhecimento ou a falta dele os médicos referem acerca dos protocolos de comunicação de más notícias. Quatro dos participantes referem conhecimento dos protocolos de comunicação de más notícias, contudo achou-se necessário dividir a categoria encontrada em duas subcategorias. Duas das Participantes referem ter Conhecimento depois do Ingresso na Vida Profissional, como se pode ver através das seguintes declarações: “*Eu tenho, é um tema pelo qual me interessa, pelo que me tenho interessado (...)*” (B1/UR3); “*Sim, há 3 ou 4 anos na minha faculdade começou-se a falar sobre isso.*” (C1/UR3). Por outro lado, a subcategoria criada designada Conhecimento da Existência e não do Conteúdo, resultou da existência do discurso de dois participantes que referem apenas conhecer a existência dos protocolos, sem no entanto conhecer o seu conteúdo, como ilustra as seguintes declarações: “*Tenho conhecimento, mas não tenho formação.*” (F1/UR3); “*Tenho conhecimento que existe, mas nunca li, eu não gosto de fazer a coisa difícil, por isso eu acho que uma transmissão que tem que se dar, tem que se dar e pronto (...)*” (I1/UR2).

Médicos que não Referem Conhecimento dos Protocolos

O conhecimento bibliográfico ou a formação que existe sobre este tema é abordado na literatura como um fator que ainda está pouco desenvolvido. Seis dos médicos inquiridos referem não conhecer nenhum tipo de protocolo sobre comunicação de más notícias. Contudo foram criadas três subcategorias, pois como relatam os participantes o não conhecimento deste assunto deve-se a causas diversas. A primeira subcategoria criada e designada Por inexistência deste assunto na Universidade, surge do discurso de um dos participantes que refere “*Não, quando acabei o curso, já há uns largos anos, não existia na minha escola nenhuma cadeira ou outro tipo de informação sobre este tipo de assunto, infelizmente.*” (B1/UR5). Uma segunda subcategoria criada agrupa quatro dos participantes que referem Não Conhece simplesmente nenhum tipo de protocolo sobre este tipo de comunicação: “*Não, nunca tive conhecimento de nenhum tipo de protocolo*” (H1/UR5); “*Não, não tenho conhecimento de nenhum tipo de protocolo.*” (J1/UR4). Foi ainda criada uma terceira subcategoria que resultou do discurso de um dos participantes, designada Não Conhece nenhum tipo de Protocolo mas Reconhece a Importância do Tema, como se verifica no exemplo a seguir: “*Conhecimento não, mas sei que agora se fala muito acerca disso, mas sei também que há diferentes maneiras de se pensar acerca disso.*” (G1/UR3).

Aplicação dos Protocolos de Comunicação de Más Notícias

Como se verificou atrás, existem dois grupos de participantes, por um lado os que conhecem e por outro lado os que não conhecem os protocolos de comunicação de más notícias. Posteriormente procurou-se saber se os participantes aplicam os protocolos ou se os aplicariam, no caso de não conhecerem. Quando se tentou conhecer diretamente a opinião dos participantes quando à possível aplicação dos Protocolos de Comunicação de Más Notícias, as opiniões divergem, por isso achou-se conveniente proceder à criação de diversas subcategorias. A primeira subcategoria designada Conhece e Aplica os Protocolos resultou do discurso de duas participantes, como fica elucidado no discurso de uma das participantes: “*Sim aplico, como digo conhecer e estudar a comunicação de más notícias ajudou-me em muitos aspetos.*” (B1/UR6). Uma segunda subcategoria designada Consequências Positivas da Sua Aplicação também resulta do discurso de uma das participantes, como verificamos no exemplo seguinte: “*No último ano do meu internato médico fiz um trabalho acerca da comunicação das más notícias em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos, e*

aprendi muitas coisas positivas e que me ajudaram a criar empatia com os doentes nestas situações.” (B1/UR4).

Uma terceira subcategoria designada Não Conhece mas Ponderava Aplicar dependendo de Determinadas Circunstâncias resulta do discurso de dois dos participantes, que referem: *“Poderia aplicá-lo ou não, dependia do contexto em que se trabalha, do doente e da sua família.” (D1/UR3)*, que defendem a influência de determinados aspetos na sua decisão. Uma quarta subcategoria, Não Conhece mas Pondera Aplicar caso Respeita-se as Regras, resulta também do discurso de dois participantes que referem as regras e diretrizes como fatores influentes nas suas decisões: *“Mas se conhece-se penso que sim, pois deve respeitar e seguir as regras.” (E1/UR4)*. A próxima subcategoria Não Conhece mas Pondera Aplicar Caso Concorde-se resultou do discurso de um dos participantes que refere o facto de *“Sim, sem dúvida, claro se concorda-se com os princípios.” (H1/UR6)* como o fator determinante na possível aplicação dos protocolos. Uma última subcategoria, definida como Nunca Aplicava resultava do discurso de um único participante, *“Não, mesmo se os lê-se não aplicava, continuo sempre a trabalhar seguido a minha escola, a ética da minha escola, nunca transmitir primeiro ao doente, sempre primeiro à família (...).” (I1/UR5)*, que coloca tudo à frente de qualquer papel escrito.

5.3.Tema 2: Processo de Comunicação das Más Notícias

Esta segunda área temática pretende estudar tudo o que envolve o processo de comunicação de uma má notícia. Dentro desta área temática foram definidos um conjunto de categorias que nos permitem identificar os aspetos mais importantes referidos pelos médicos no que respeita ao processo de comunicação das más notícias. Através de um conjunto de perguntas semiestruturadas, pretendeu-se conhecer todos os aspetos, que são para os participantes, merecedores de uma identificação e importância relevante.

Com base na análise ao discurso dos participantes, foram identificadas as seguintes categorias, que caracterizam a área em estudo: **“Ambiente”**; **“Destinatário da Comunicação”**; **“Adaptação da Linguagem ao Paciente”**; **“Respeito pelo Paciente”**; **“Momento da Comunicação da Má Notícia”**; **“Informações a Transmitir”**; **“Apoio Emocional”**; **“Disponibilidade do Médico”**; **“Estimular a Participação do Paciente”**; **“Acompanhar o Paciente no Futuro”** e **“Importância atribuída ao paciente”**. Estas categorias agrupam os aspetos importantes referidos pelos médicos no que respeita ao processo de comunicação das más notícias, e tiveram origem no Bloco IV, designado Processo de Comunicação das Más Notícias.

Quadro 3 - Processo de Comunicação das Más Notícias

Área Temática	Categorias	E/UR	Nº Total de Frequência	Subcategorias	E/UR	Nº Total de Frequência
2. Processo de Comunicação das Más Notícias	Ambiente	B2/UR2;C2/UR2; D2/UR1;H2/UR13; I2/UR2	5			
	Destinatário da Comunicação	A2/UR2;B2/UR1; C2/UR1; D2/UR2; E2/UR1;H2/UR3; H2/UR4;J2/UR6; J2/UR5;I2/UR1	10	Centrada no Doente	A2/UR2;B2/UR1;D2/UR2; H2/UR4;J2/UR6	5
				Centrada na Família	C2/UR1;E2/UR1;H2/UR3;I2/UR1;J2/UR5	5
	Adaptação da Linguagem ao Paciente	A2/UR10 e UR14; B2/UR9;C2/UR3 e UR5;E2/UR2; F2/UR2;I2/UR4; J2/UR1	9			
	Respeito pelo Paciente	A2/UR3 e UR5 e UR6 e UR12; C2/UR4 e UR6 e UR9 D2/UR3 e UR4 E2/UR7; F2/UR1 e UR3 e UR5; G2/UR1 e UR2 e UR4 e UR7 H2/UR1 e UR2 e UR5 e UR6; J2/UR3;	22	Presença ou Ausência da Família	A2/UR3 e UR5; D2/UR3;E2/UR7; G2/UR4;H2/UR5;	6
				O que deseja saber	A2/UR6;C2/UR6; D2/UR4;F2/UR3; G2/UR1 e UR2; e UR7;H2/UR2;	8
				Realizar ou Desistir da Terapêutica	F2/UR5;	1
				Respeitar o Nível de Compreensão	A2/UR12; C2/UR4 e UR9; F2/UR1; H2/UR1 e UR6; J2/UR3;	7
	Momento da Comunicação da Má Notícia	B2/UR4; C2/UR11 e UR12; D2/UR10 e UR12; E2/UR8 e UR9; F2/UR10;G2/UR8; H2/UR11;I2/UR5; J2/UR4;	12			
	Informações a Transmitir	A2/UR1; B2/UR3 e UR6; C2/UR7 e UR8; D2/UR8 e UR11; E2/UR3 e UR4;	18	Tipo de Informação	A2/UR1;B2/UR3; D2/UR8; E2/UR3 e UR4; F2/UR6; G2/UR5 e UR8; H2/UR7 e UR10; I2/UR3;J2/UR2;	12

	F2/UR6 e UR8; G2/UR5 e UR8; H2/UR7 e UR10; I2/UR3; J2/UR2 e UR10;		Quantidade de Informação	B2/UR6;C2/UR7 e UR8; D2/UR11; F2/UR8; J2/UR10;	6
Apoio Emocional	A2/UR8;B2/UR7;eUR8;D2/UR15; E2/UR12;F2/UR4 eUR5; G2/UR3;H2/UR9; J2/UR7; J2/UR8;	11	Ao Doente	B2/UR7;D2/UR15;E2/UR12; F2/UR4 e UR5; G2/UR3;H2/UR9;J2/UR7;	8
			Aos Familiares	A2/UR8; B2/UR8; J2/UR8;	3
Disponibilidade dos Médicos	A2/UR4 e UR9 e UR11 e UR12; D2/UR7 e UR14 e UR16; E2/UR6;F2/UR9; G2/UR11;H2/UR8;	11	Para os Doente	A2/UR4 e UR9; D2/UR7 e UR14 e UR16; E2/UR6;F2/UR9;G2/UR11; H2/UR8;	9
			Para os Familiares	A2/UR11 e UR12;	2
Estimular a Participação do Paciente	A2/UR15; D2/UR6 e UR9; E2/UR11; F2/UR7; G2/UR6;	6			
Acompanhar o Paciente no Futuro	C2/UR10; E2/UR5;	2			
Importância atribuída ao paciente	A2/UR7 e UR16; B2/UR5;C2/UR13; D2/UR13;E2/UR10;e UR13;F2/UR11; G2/UR10;H2/UR12;I2/UR6;J2/UR9	12			

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas nesta área.

Ambiente

A primeira categoria encontrada refere-se ao Ambiente. Segundo cinco dos participantes no estudo, o ambiente é um elemento caracterizador e de importância crucial no processo de comunicação de uma má notícia. Os seguintes exemplos foram citados nas entrevistas: *“Previamente procuro sempre que isso aconteça num ambiente calmo, onde não existam distrações e onde o doente e os familiares se sintam calmos.”* (B2/UR2); *“Normalmente sento-me com eles, num ambiente tranquilo, para não sermos interrompidos (...)”* (C2/UR2) e *“(…) o ambiente sereno, mais sereno*

possível (...)” (H2/UR13) ilustram a preocupação que os médicos inquiridos revelam, tendo em conta a procura por um ambiente tranquilo e isento de interrupções.

Destinatário da Comunicação

A pessoa a quem o médico pretende destinar a má notícia é merecedora de destaque, pois entre os participantes foram encontrados dois tipos de destinatários. Quando o médico comunica uma má notícia, esta deve ser centrada no doente, pois é este que sofre de uma dada patologia e é a este que o médico tem o dever de informar sobre o seu estado de saúde. Como se encontrou nas mais variadas entrevistas que se realizaram, cinco dos médicos inquiridos, referiram que a comunicação de má notícia é sempre centrada no paciente, pois é a ele que interessa e diz respeito informações sobre o seu estado de saúde e a sua vida: “*A má notícia é comunicada frente a frente, eu comuniquei que tinha um tumor, possivelmente com mau prognóstico, cara-a-cara com a paciente (...)*” (A2/UR2); “*As más notícias são quase sempre comunicadas oralmente, centrada no doente (...)*”. (B2/UR1).

Contudo, em muitas ocasiões e ao contrário do que é esperado, os médicos omitem do paciente a má notícia, preferindo entrega-lo aos familiares ou prestadores de cuidados mais próximos do paciente. Desta forma, a comunicação passa a ser centrada na família, impedindo de certa forma a participação e envolvimento do doente no que refere ao seu corpo e à sua própria vida. Dois dos médicos inquiridos referem que a má notícia é sempre entregue, primeiro, aos familiares, omitindo ao doente a má notícia, como referem as seguintes citações: “*(...) comunico preferencialmente à família, só comunico aos pacientes, se não tenho outra alternativa, só lhes comunico se eles perguntarem (...)*” (C2/UR1); “*(...) nunca transmito primeiro aos doentes, sempre à família (...)*” (I2/UR1). Outros três dos médicos inquiridos referem que a má notícia é entregue aos familiares quando o paciente não está em condições físicas e psicológicas para a receber, devido à idade ou estado físico geral deste ou dependendo do contexto onde estão a trabalhar.

Adaptação da Linguagem

Na comunicação de más notícias, o médico portador da má notícia deve ter em consideração o nível de compreensão e vocabulário do paciente, de tal forma que não deve utilizar palavras e termos técnicos. Sete dos participantes referem a não utilização de termos técnicos quando têm a tarefa de comunica uma má notícia, referindo ainda que adequam a sua linguagem a cada paciente e aos seus níveis de compreensão. De seguida são utilizados alguns exemplos que ilustram a categoria

encontrada: “ (...) a linguagem que usamos também deve ser adequada ao tipo de paciente, à sua cultura, berço, podendo ser mais simples ou mais elaborada e técnica (...)” (A2/UR14); “Tenho em conta a adaptação da linguagem às habilitações culturais do doente e dos seus familiares, é diferente explicar a um agricultor ou a um pedreiro, cujo grau de instrução.” (B2/UR9); “ (...) temos de adequar a linguagem ao contexto da família e dos pacientes, não usar palavras técnicas, ou não dizer que tem uma doença grave ou incurável.” (I2/UR4).

Respeito pelo Paciente

Quando os médicos comunicam uma má notícia, a forma como esta é comunicada influencia e muita a forma e maneira como o paciente vai responder e viver com esta. Dentro desta categoria emergiram quatro subcategorias. A primeira designada Presença ou Ausência da Família, refere o respeito que os médicos participantes têm pela vontade do paciente em ter presente ou ausente um ou mais familiares no momento do conhecimento da má notícia de que foi alvo. Cinco dos médicos inquiridos relatam que respeitam a vontade, como referem os exemplos seguintes, que serviram de base à categoria encontrada: “ (...) perguntei se queria a presença do marido (...)” (A2/UR3); “Se normalmente acontece que o doente quer envolver a família tudo bem, se não quer eu respeito e não envolvo.” (D2/UR3).

A segunda subcategoria encontrada designada O que deseja saber, revela que seis dos inquiridos revelam que respeitam o que o paciente deseja saber, respeitando os pacientes e comunicando a informação referente ao desejo destes, tal como ilustram três dos exemplos escolhidos: “Tenho em conta o que o paciente e a família desejam saber, se querem uma informação pormenorizada ou não.” (A2/UR6); “ (...) se o doente disser que não quer saber do que se trata eu respeito e não conto.” (D2/UR4); “ (...) comunico de acordo com o que a outra pessoa quer saber (...)” (H2/UR2).

A terceira subcategoria encontrada, foi apenas referido por um dos participantes, e foi designada como Realizar ou Desistir da Terapêutica, ou seja, este médico inquirido revela respeito pela decisão do paciente quanto ao seu futuro, como revela o exemplo seguinte: “Quando o doente se recusa a fazer os tratamentos, explico os riscos, o que pode acontecer, mas aceito a decisão dele.” (F2/UR5). A quarta e última subcategoria encontrada é referida por cinco médicos, e é designada por Respeitar o nível de compreensão dos pacientes, ou seja a sua capacidade de perceber e analisar toda a informação que é transmitida pelo médico. Cinco dos médicos entrevistados referem que avaliar o nível de compreensão do paciente é

determinante na forma como comunicam a má notícia: *“Não comunico da mesma maneira para todos, tenho em conta a personalidade grau de literacia (...)” (H2/UR1); “Como os doentes têm uma escolaridade muito baixa, não posso dizer que tem um tumor ou uma neoplasia, porque estes não sabem o que é isso.” (J2/UR3).*

Momento da Comunicação da Má Notícia

A má notícia engloba inúmeros elementos que a caracterizam, contudo o momento em que esta é entregue difere de participante para participante. Nove dos participantes, referem o momento em que abordam a situação. Contudo se para uns a má notícia é abordada logo que uma suspeita exista, para outros só um diagnóstico confirmado permite a comunicação ao paciente ou à sua família. Os exemplos seguintes são ilustrativos da categoria encontrada no discurso dos participantes: *“(...) a situação patológica do doente é abordada logo que haja indícios ou confirmações de diagnósticos.” (B2/UR4); “ (...) quando tenho a certeza que a má notícia é certa, quando já tenho os exames todos, e já sei explicar tudo sobre o diagnóstico e prognóstico.” (C2/UR12); “(...) quando suspeito de algo digo ao doente o que suspeito, mas refiro e explico logo que eu suspeito porque há já alguma coisa que me permite suspeitar, mas que enquanto não vier o diagnóstico não confirmo (...)” (E2/UR8).*

Informações a Transmitir

Quando se transmite a má notícia ao paciente, todo o processo que antecede e procede o momento da comunicação é importante, contudo a informação e o momento em que esta é transmitida ao paciente é um período marcante e de difícil esquecimento. Nesta categoria foram encontradas três subcategorias: Tipo de Informação, subcategoria identificada por nove dos médicos inquiridos, que revelam através dos seguintes exemplos qual o tipo de informação a dar aos utentes e família: *“A informação que dou é uma informação simples (...)” (I2/UR3); “Tento dar uma informação sobre o caso, sobre o que se esta a passar (...) dizer que tem um problema ou uma ferida, se é ou não uma situação complicada.” (J2/UR2).* Cabe ao médico explicar a situação, fazendo uma retrospectiva do que se passou com o paciente e a sua saúde, explicar ou reexplicar os resultados dos exames que foram pedidos, explicar o diagnóstico, dar conhecimento sobre o plano terapêutico quando este já está definido. A quantidade de Informação foi outra subcategoria encontrada quando cinco dos inquiridos referem que, por vezes, esta é dividida por momentos e apenas revelada à medida que a situação clínica evolui: *“ (...) há medida que a doença evolui a informação é dada conforme a evolução da patologia.” (F3/UR8); “*

(...) toda a informação que temos é prestada ao doente (...)o doente tem o direito de saber o que se passa com ele, e com o seu corpo.” (D2/UR11)

Apoio Emocional

Quando se comunica uma má notícia o apoio emocional ao paciente pela parte do portador da má notícia, é um fator importante, cabe a este oferecer ao indivíduo algum tipo de resposta afetiva. Sete dos participantes revelam o apoio emocional como um facto importante, como podemos visualizar nas citações indicadas de seguida: “ *(...) preocupa-me o apoio emocional ao doente (...)*” (B2/UR7); “ *(...) se este trabalha não deixar que este abandone o seu trabalho, o que o faz feliz, apoia-lo na luta contra a sua doença (...) e em todos as consequências ou situações que esta pode provocar.*” (E2/UR12).

Contudo, se para alguns é o paciente quem merece o apoio emocional, também a família é referida como fonte de preocupação para os participantes. Três dos médicos inquiridos revelam que a família também deve ter apoio emocional: “ *(...) procuro que a própria família também tenha apoio emocional, pois entregam a vida do doente nas mãos do médico.*” (A2/UR8); “ *(...) dar apoio à família (...)*” (B2/UR8)

De salientar que apenas uma das médicas refere o apoio psicológico, como fator preponderante no apoio emocional ao paciente: “ *(...) preparo o apoio psicológico, pergunto se quer, se não quer, se esta preparado, e o que pode acontecer ai.*” (EF/UR5).

Disponibilidade dos Médicos

Tal como todas as categorias em cima exemplificadas, também a disponibilidade dos médicos revelada para com o doente e família é merecedora de citações de referência por parte dos entrevistados. A disponibilidade que o médico pode dar ao paciente e família são fatores de grande importância na forma como o paciente se vai mentalizando com a notícia, e também na forma como esse irá enfrenta-la. Como referem seis dos médicos participantes, a disponibilidade é importante: “*Em relação ao doente, prezo o acompanhamento que lhe vamos dar no futuro, nunca abandona-lo (...)*” (A2/UR9); “ *(...) quando se dá a má noticia, é importante deixar uma porta aberta, para que a pessoa fale, ou telefone quando surgir alguma dúvida (...)*” (G2/UR11).

É importante ainda realçar que apenas um dos médicos refere a disponibilidade para com os familiares: “*Parto sempre do princípio que a família tem de ser informada e disponibilizo o meu telemóvel para monitorizar toda a informação todos os dias.*”

(EA/UR11). A forma como acompanham o processo é importante para eles, não só porque revelam disponibilidade para com os seus pacientes e familiares, como ainda esclarecem dúvidas e preocupações que possam surgir no momento que precede a comunicação da má notícia.

Estimular a Participação do Paciente

Para os médicos inquiridos estimular a participação do paciente em torno da situação que este está a viver é um fator importante. O envolvimento deste no processo da sua doença leva a que o doente se sinta mais envolvido e ao mesmo tempo mais alerta. Como está descrito nas citações de entrevistas que se seguem, cinco dos médicos entrevistados referem este fator como um dos elementos cruciais no processo de comunicação de más notícias. Para os participantes, cabe ao médico motivar a participação do paciente, pois estes devem ser os principais interessados em discutir a comunicação da má notícia, e para tal, devem estar motivado para qualquer luta que se adivinhe: “ (...) *envolver o doente ao máximo naquilo (...) que lhe comuniquei (...)*” **(E2/UR11)**; “ (...) *decidir com eles os tratamentos, acho que os doentes deviam ter esse poder, o poder devia estar na mão do doente, poder sobre si próprio (...)*” **(F2/UR7)**.

Acompanhar o Paciente no Futuro

Acompanhar os pacientes no futuro, depois de lhes ter sido comunicada uma má notícia comporta um sentimento de calma e tranquilidade nos pacientes. Como é revelado por dois dos inquiridos, um acompanhamento planeado ajuda a que os pacientes se sintam menos sozinhos e ansiosos com o futuro: “*Já com os exames na mão, tenho de dizer á pessoa que tem uma coisinha, temos de voltar a fazer exames para vermos melhor o que se passa, preparo o doente para o passo seguinte, não digo logo tudo (...)*” **(EC/UR10)**; “(...) *acompanhe, planeamos logo novos encontros (...)*” **(EE/UR5)**. Não importa simplesmente planear próximos encontros, importa também preparar o paciente para os passos seguintes, e aí já se fala em planos de tratamento ou o percurso a seguir por este. Importante é não abandonar o paciente e segui-lo/acompanha-lo mesmo quando este é transferido para outro serviço.

Importância atribuída ao paciente

Esta última categoria demonstra que todas as categorias referidas em cima, são apoiadas tendo por base um fator deverás importante e revelado por todos os participantes no decorrer das entrevistas. Como podemos ver nos exemplos a seguir é de facto o paciente, o aspeto mais importante em todo o processo de comunicação de

más notícias. Tudo importa neste tipo de comunicação, mas em consideração com o revelado pelos dez médicos participantes é o paciente o fator mais importante e que merece especial atenção neste momento. Alguns exemplos das seguintes citações ilustraram a presente categoria: “*Fator mais importante é o doente (...)*” (A2/UR7); “*(...) a pessoa em si (...)*” (C2/UR13); “*O doente é o fator mais importante (...)*” (D2/UR13)

5.4. Tema 3: Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos

Esta terceira área temática pretende, estudar tudo o que envolve as vivências pessoais e emocionais dos portadores de comunicação de más notícias, tendo parecido mais conveniente dividi-la em três subáreas temáticas. Se por um lado, se pretendeu conhecer os fatores geradores de impacto emocional nos médicos quando estes têm de comunicar uma má notícia, por outro lado, pretende-se estudar quais os sentimentos/emoções gerados pelo impacto de comunicar uma má notícia. Ainda numa terceira subárea temática pretende-se estudar a forma como o impacto emocional é gerido.

A categoria “**Idade**” está inserida na primeira subárea temática *Fatores Geradores de Impacto Emocional*, por sua vez, inserida na área temática Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos, com origem no bloco temático V. As categorias “**Tristeza**”; “**Medos e Dificuldades**” e “**Stress**” estão inseridas na subárea temática *Sentimentos/Emoções Gerados pelo Impacto de Comunicar uma Má Notícia*, por sua vez inserida na área temática Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos, com origem no bloco temático V, designado Vivências pessoais e emocionais dos Médicos neste tipo de Tarefa. As categorias “**Partilha Emoções**”; “**Consciência Tranquila**”; “**Separar a Vida Privada da Vida Profissional**”; e “**Aprender com os Erros e a Experiência**” por sua vez, também surgiram do discurso dos participantes, e estão inseridas na subárea temática *Gestão do Impacto Emocional*, por sua vez inserida na área temática Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos, com origem no bloco temático V, designado Vivências pessoais e emocionais dos Médicos neste tipo de Tarefa.

Quadro 4 - Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos

Área Temática	Subáreas Temáticas	Categorias	E/UR	Nº Total de Frequência UR	Subcategorias	E/UR	Nº Total de Frequência UR	
3. Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos	3.1. Fatores Geradores de Impacto Emocional	Idade	A3/UR1;B3/R2;E3/UR1;H3/U1;I3/UR3;	5				
		3.2. Sentimentos/Emoções Gerados pelo Impacto de Comunicar uma Má Notícia	Tristeza	B3/UR1;C3/U2;D3/UR1;E3/UR2 e UR6;F3/UR2;H3/U2;I3/UR1 e UR2;	9			
			Medos e Dificuldades	A3/UR4;B3/UR4 e UR5;D3/UR5;E3/U5;G3/UR5;H3/UR6 e UR7;I3/UR5 e UR8;J3/UR3;	11			
			Não Conseguir esquecer o Caso	E3/UR3;H3/UR3;I3/UR6;	3			
			Stress	A3/UR7;B3/U7;C3/UR3;D3/U6;E3/UR9;F3/U6;G3/UR7;I3/UR7 e UR9;J3/UR5;	10			
	3.3. Gestão do Impacto Emocional	Partilha Emoções		A3/UR2 e UR3;B3/UR6;E3/U8;F3/UR5 e UR7;G3/UR4;H3/U4;I3/UR4;J3/UR4;	10	Com a sua Família	A3/UR3;B3/UR;E3/UR8;F3/UR5;G3/UR4;H3/UR4;I3/UR4;J3/UR4;	8
						Com a Equipa	A3/UR2;F3/UR7;	2
		Ter a Consciência Tranquila	C3/UR1;	1				

Separar a Vida Privada da Vida Profissional	B3/UR3;C3/UR4; D3/UR4; E3/UR4 e UR7; F3/UR1,UR3 e UR4; G3/UR1, UR2; UR3 e UR6; H3/UR3;J3/UR2;	14
Aprender com os Erros e a Experiência	A3/UR5 e UR6; D3/UR2 e UR3;H3/U5; J3/UR31;	6

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas na primeira subárea temática *Fatores Geradores de Impacto Emocional*.

Idade

A categoria Idade foi o único fator referido pelos participantes como fator que gere algum impacto emocional. Cinco dos dez participantes inquiridos referem que a *idade* dos seus pacientes é um fator gerador de impacto emocional. Estes defendem que a proximidade de idades entre o médico e o paciente ou o facto de o destinatário da má notícia ser uma criança influencia a forma como estes se sentem. As seguintes citações caracterizam a categoria encontrada: “ (...) *nas crianças têm mais impacto que num adulto.*” (**A3/UR1**); “*Se a pessoa é mais nova e mais próxima à minha geração custa-me sempre mais, acabamos por nos sentir refletidos nas situações e nas pessoas.*” (**B3/UR2**).

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas na segunda subárea temática encontrada *Sentimentos/Emoções Gerados pelo Impacto de Comunicar uma Má Notícia*. A tarefa de comunicar más notícias aos pacientes é sem dúvida, uma das tarefas mais difíceis que os médicos têm de lidar na sua profissão. O impacto emocional provocado por esta, muitas vezes, promove a vivência de sentimentos de mal-estar, onde os sentimentos de inadequação e vulnerabilidade se encontram presentes.

Tristeza

A tristeza é um sentimento descrito por os sete dos participantes como uma emoção que lhes desperta no seu interior, quando se deparam com a difícil tarefa. Algumas citações descritas a seguir ilustram esta categoria: “ (...) *nenhum de nós gosta de ser portador de más notícias, nos dias que precedem a comunicação das*

más notícia, algumas vezes, fico um pouco mais triste, penso mais na vida e na inevitabilidade da morte.” (B3/UR1); “As más notícias são sempre difíceis para toda a gente, ficamos mais sensibilizados, tristes, vivo um pouco o que o doente está a viver (...)” (D3/UR1).

Medos e Dificuldades

A entrega de más notícias, por vezes, é acompanhada de sentimentos de medo e dificuldades pela parte do médico. Medo de uma reação negativa da parte do paciente ou dos seus familiares, o medo e dificuldade de não ser suficientemente esclarecedor na mensagem que transmite, ou o medo que alguma coisa que correu mal interfira ou volte a acontecer noutra situação, são encontrados nos discursos de oito dos participantes quando inquiridos sobre a forma como vivem a tarefa de entregar más notícias: “ (...) sinto medo que o doente não reage bem (...)” (D3/UR5); “ (...) sinto dificuldades porque não gosto de fazer os outros sofrer, e a má notícia que transmito faz sempre as pessoas sofrerem e essa é a maior dificuldade que encontro.” (J3/UR3).

Não Conseguir esquecer o Caso

Outro sentimento que desperta nos médicos é o facto de não conseguirem esquecer o caso, como referem três dos participantes: “Vou para casa a pensar nisso e lembro-me da pessoa todo o dia, tenho-a presente no meu pensamento e isso marca-me.” (E3/UR3); “ (...) levo sempre a situação no meu pensamento (...)” (I3/UR6).

Stress

O stress a que os médicos estão sujeitos antes, durante e posteriormente à comunicação das más notícias é sentido ou não, mas referido entre nove dos participantes no estudo. Os médicos sentem-se desconfortáveis quando comunicam algo negativo e desconfortável para o paciente, como podemos verificar nas citações encontradas no discurso dos médicos: “ (...) o veicular da informação (...) de uma má notícia desencadeia sempre stress.” (B3/UR7); “ (...) o dar a má notícia tem repercussões ao nível pessoal provoca do nervosismo, irritação.” (D3/UR6).

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas na terceira subárea temática “*Gestão do Impacto Emocional*”.

Partilha de Emoções

A partilha de emoções com a sua família e com a equipa de saúde é um fator importante e que pode trazer benefícios para o profissional de saúde. Oito dos participantes referem partilhar as experiências relativas à comunicação de más notícias com as famílias: *“Partilho com os outros com a família”*. (A3/UR3); *“(...) em casa desabafo (...)”* (F3/UR5).

De referir que apenas dois dos inquiridos referem também partilhar com a equipa de saúde as suas experiências.

Ter a Consciência Tranquila

Esta categoria também foi ilustrada por um dos participantes que refere este facto como um fator importante para conseguir gerir o impacto emocional que comunicar uma má notícia têm para si: *“(...) aprendi que tenho e faço tudo para salvar o doente, porque quando acontece o pior tenho de ter a consciência tranquila que tudo foi feito, que fiz tudo o que devia fazer.”* (C3/UR1).

Separar a Vida Privada da Vida Profissional

Esta categoria foi referida por oito dos participantes, como determinante para gerirem o impacto emocional causado por comunicar uma má notícia. Os participantes referem não deixar ou tentar não deixar que a sua vida profissional interfira na sua vida pessoal: *“(...) quando chego a casa, tento desligar mais, estar mais ocupada, pensar menos, não falar, mas às vezes é impossível.”* (B3/UR3); *“Não costumo deixar as situações transparecerem, guarde-as para mim (...) não posso deixar que interfiram no resto da minha vida.”* (D3/UR4).

Aprender com os Erros e Lições de Vida

Também a aprendizagem com o passado e os erros que se cometam, foi referido no discurso de quatro dos participantes como um fator que é determinante na forma como os médicos gerem a nível pessoal a comunicação de más notícias. Como é indicado nos exemplos seguintes: *“(...) se voltar a acontecer uma situação igual ou parecida a que vivi, vou sempre aprendendo (...)”* (A3/UR5); *“(...) cada caso ensina uma coisa, com base num caso podemos depois agir melhor de outra forma.”* (D3/UR3). Também um dos participantes referir tirar destas situações lições de vida: *“(...) algumas situações ficam guardadas para toda a vida, e são estas que nos fazem amadurecer no contexto de trabalho e na nossa vida pessoal (...)”* (D3/UR2).

5.5. Tema 4: A Vivência de Dilemas Éticos e Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias

Neste último tema partiu-se à descoberta e identificação de possíveis dilemas e questões éticas vividos e identificadas pelos médicos na tarefa de comunicar más notícias. As categorias “**Não Viveu**”, “**Viveu, mas não consegue Identificar**” e “**Dilemas e Questões Éticas Vividas**”, estão inseridas na área temática *A Vivência de Dilemas Éticos e Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias*, com origem no Bloco VI, designado Principais Dilemas e Questões Éticas Vividos pelos Médicos.

Quadro 5 - A Vivência de Dilemas Éticos e Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias

Área Temática	Categorias	E/UR	Nº Total de Frequência UR	Subcategorias	E/UR	Nº Total de Frequência UR
4. A Vivência de Dilemas Éticos e Questões Éticas na Comunicação de Más Notícias	Não Viveu	A4/UR1;C4/UR1; D4/UR1;E4/UR1; I4/UR1;J4/UR1;	6			
	Viveu, mas não consegue Identificar	F4/UR1;	1			
	Dilemas e Questões Éticas Vividas	B4/UR1 e UR2; e UR3; H4/UR1 e UR2; G4/UR1 e UR2;	7	Dilema Ético e Resolução	B4/UR1 e UR2 e UR3;	3
				Princípio da autonomia e do consentimento informado	H4/UR1 e UR2;	2
			Direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana	G4/UR1 e UR2;	2	

De seguida é elaborada uma análise das categorias encontradas.

Não Viveu

A existência de dilemas éticos foi um dos temas que mereceu destaque no estudo em questão, contudo a maioria dos profissionais médicos, mais precisamente seis dos participantes referem nunca ter vivido nenhum.

Viveu, mas não consegue Identificar

Uma das médicas inquiridas refere já ter vivido, apesar de ser incapaz de identificar um.

Dilemas e Questões Éticas Vividas

Se a comunicação deve seguir as normas éticas que servem de base ao ato de informar, por vezes, os profissionais médicos encontram-se perante dilemas e questões éticas. Verificou-se no estudo que os dilemas éticos aparecem muito pouco na vida dos médicos inquiridos, apenas um dilema foi revelado por uma das participantes, o qual originou a subcategoria Dilema Ético e Resolução. Ilustra-se posteriormente o exemplo mencionados: “ (...) *recentemente aconteceu-me ter de comunicar uma má notícia a alguém de quem gosto e por quem me preocupo (...) a minha obrigação de médica era ser completamente honesta, mas esta pessoa olhava-me como que a pedir que o panorama/situação não fosse tão má quanto o esperava (...)*” **(B4/UR1)**.

De salientar que outros dois participantes identificaram questões e/ou problemas com que tiveram de lidar nas suas profissões e que remetem para princípios éticos. Desta forma foram criadas duas subcategorias. Numa primeira subcategoria definida como Princípio da Autonomia e do Consentimento Informado foi determinada com base no discurso de um dos participantes. Como podemos ver no exemplo, este relatou uma situação: “*Sim, uma vez um Sr. que não queria ser operado, informei as pessoas, o doente e família das consequências negativas que podiam acontecer e a pessoa nem sequer quis saber nada de operações, eu respeitei a vontade.*” **(H4/UR1)**, onde se identificou o princípio da autonomia, pois este deu ao paciente a capacidade de decidir sobre si próprio, fazendo uso do consentimento informado, pois como revela o exemplo apesar de este escutar as explicações sobre o tratamento e consequências de não o realizar, “(...) *informei devidamente e este decidiu por si.*” **(H4/UR2)** o paciente fez uso da capacidade de autonomia.

Uma terceira e última subcategoria designada de direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, foi também encontrada no discurso de outro participante. Este refere a existência de uma questão ética, quando revela: “*Já, uma Sr. que teve horas na consulta, não queria ser operada e eu tive de convencê-la a ser operado em tempo útil (...) o marido não queria que ela fosse operada e eu disse se não é operada morre daqui a um ou dois meses (...)*” **(G4/UR1)**, regendo-se por um dos direitos dos pacientes, o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana,

pois como sabemos todos os pacientes têm o direito de ser tratados e o facto deste marido proibir isso não deixava de todo o médico colocar em prática este direito, tal como este referiu: “(...) e depois comunico à polícia que o senhor sabia que ela podia morrer e não queira que ela fosse operada (...) ele às tantas olhou para mim e diz então se ela quiser eu já não me oponho (...) marquei a operação e avisei que se ela não estivesse aqui no dia x enviava os dados todos para a polícia.” (G4/UR2).

5.6. Discussão dos Resultados

A apresentação dos resultados deu-nos a conhecer como os participantes no presente estudo, responderam às questões que se apresentaram e que permitem a realização deste estudo. À luz dos autores que suscitaram o interesse na primeira parte deste trabalho, realizar-se-á posteriormente uma discussão com base na revisão de literatura que se apresentou e nos resultados obtidos.

Interessou-nos conhecer a comunicação em contexto de saúde, mais precisamente a comunicação de más notícias e a forma como esta tarefa é preparada, realizada e vivida emocionalmente pelos médicos. Realizou-se uma alargada revisão sobre este tipo de comunicação nos contextos de saúde. Teve-se em conta, não só as especificidades de todo o processo de comunicação de más notícias, como também a forma como este momento é vivido pelos médicos. Colocando a nossa atenção sobre a revisão bibliográfica efetuada, temos como objetivo principal: “*Obter elementos que nos permitam conhecer a forma como os médicos comunicam e vivem emocionalmente a comunicação de más notícias aos pacientes*”.

São de diferentes ordens os aspetos a ter em conta no presente estudo. Numa primeira parte, apresentamos os aspetos que os médicos referem como importantes numa fase de preparação da comunicação de más notícias, numa segunda fase apresentamos os elementos resultantes dos discursos dos participantes como elementos primordiais e de uma importância extrema na fase de comunicação. Já no que concerne a uma terceira e quarta fase apresentaremos os fatores indicados pelos médicos como caracterizadores do modo como estes vivem emocionalmente este tipo de comunicação e dilemas ou questões éticas que já viveram neste tipo de tarefa.

Todos os aspetos que foram identificados pelos participantes na difícil tarefa de comunicar uma má notícia, são tidos em conta como aspetos caracterizados deste tipo de tarefa e de certa forma podem ajudar os futuros médicos a lidar ou a identificar novas formas de comunicar uma má notícia. O presente estudo pode ainda trazer contributos para consciencializar os profissionais, neste caso, os médicos da necessidade cada vez maior de se partilhar experiências relativas a este assunto.

Sendo a comunicação um ato social de importância imprescindível à vida em sociedade, no contexto de saúde tal como nos mais variados contextos sociais, esta é encarada e sustentada por um processo de troca e partilha. É através dela que o médico comunica ao paciente informações sobre o seu estado clínico (García-Reyes et al., 2008) e é também através dela que o paciente coloca em interação dúvidas, preocupações, queixas, sentimentos e emoções que advêm do resultado desta comunicação. Se a comunicação e a sua natureza podem, por vezes, ser difíceis e comportar consequências negativas à forma como o paciente encara a sua situação, a comunicação de más notícias não foge deste cenário. Se ainda hoje em dia, é difícil para os médicos realizar uma comunicação que irá comportar uma mudança drástica no destino de uma determinada pessoa, também para os pacientes receber uma notícia má, com uma carga negativa, pode nunca vir a ser esquecida e viver continuamente com o indivíduo num futuro longínquo.

Como foi descrito na revisão bibliográfica realizada, uma má notícia é definida como toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro (Buckman, 2002), por isso a comunicação que permite entregar as más notícias apresenta-se ainda como uma tarefa tão complexa e de difícil trato. Todas as etapas que a complementam são importantes, sendo fundamental fazer uso de uma comunicação eficaz que comporte benefícios para ambas as partes – médico e paciente.

As entrevistas realizadas foram elaboradas a médicos de diferentes especialidades, sendo que, a estes, cabe a tarefa de comunicar as más notícias, não só porque possuem capacidades técnicas e de trabalho para ter conhecimento e acesso ao diagnóstico, como também por serem eles que poderão estabelecer uma evolução clínica, nomeadamente no acompanhando do paciente no decurso da sua situação clínica (Leal, 2003). A comunicação de más notícias, como o próprio nome indica, comporta uma situação negativa e por vezes bastante complicada. Daí que a forma como esta comunicação é pensada e preparada pelo médico, no período que antecede a comunicação da má notícia, é algo de fundamental.

Desta forma, este primeiro aspeto estudado e analisado posteriormente numa primeira fase permite conhecer a forma como os técnicos preparam a transmissão das más notícias, ou seja, quais os aspetos, nos seus pontos de vista, a ter em conta antes da entrega da má notícia. Quando se inquiriu os médicos sobre a forma como preparavam a comunicação da má notícia, foram diversas as categorias que resultaram do discurso dos participantes, que se caracterizaram como aspetos

importantes e determinantes na preparação deste tipo de comunicação. A influência do contexto aparece como uma das primeiras categorias a ser referida pelos médicos como um fator que influencia esta primeira etapa. Dois dos médicos inquiridos referem a diversidade de contextos (serviço hospitalar onde prestam serviços) determinante na forma como se preparam. Um dos participantes, refere que *“A transmissão da má notícia é preparada dependendo muito do contexto onde estamos a trabalhar (...)”* (A1/UR1), pois muitas vezes o contexto onde prestam os seus serviços não tem condições para que isso aconteça, como revela o mesmo participante *“No INEM a transmissão da má notícia não tem tempo de ser preparada, por isso tenho de estar consciente da forma mais repentina de fazê-lo, mas ao mesmo tempo consciente e segura.”* (A1/UR3). Outra categoria resultante do discurso dos participantes, designada individualidade dos pacientes e familiares, é também designada pelos médicos inquiridos, como um aspeto que determina e influencia de forma primordial as suas maneiras de agir. Os aspetos pessoais e a individualidade dos pacientes são aspetos importantes a ter em conta pelos profissionais de saúde no processo de entrega de uma má notícia (Edwards, 2010). Para os médicos inquiridos, é indispensável quando preparam a má notícia conhecerem as pessoas com quem lidam, sendo que este conhecimento os ajuda a perceber se o paciente e familiares estão preparados ou não para a transmissão que se seguirá. As citações que se seguem elucidam os resultados encontrados no presente estudo: *“A pessoa, ao fim de uma data de anos já tem a perceção dos doentes e familiares com quem se está a falar, e vai-se falando tento a pessoa que temos à nossa frente, a sua forma de ser, personalidade (...)”*. (G1/UR1); *“A preparação da má notícia no meu caso em concreto depende da gravidade da situação e da própria personalidade do doente e da família.”* (B1/UR1). Deste modo, a individualidade de cada pessoa leva que o médico prepare o ato de informar individualmente e direcionando o conteúdo da informação adaptado a cada doente, de modo a respeitar o ritmo e as necessidades do doente/família. De novo, a revisão de literatura realizada confirma este dado encontrado no presente estudo, pois segundo Narayanan, Bista, e Koshy (2010) na preparação da comunicação de uma má notícia, cabe ao médico conhecer de forma profunda e completa o paciente com quem estão a lidar, sendo que este para além de realizar um estudo profundo sobre o estado do paciente, o médico não deve esquecer a cultura e etnia do paciente, pois também estes são fatores importantes que podem influenciar o momento (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010). Tal como este aspeto, também o conhecimento sobre o caso clínico que estão a trabalhar é um aspeto de crucial

importância na entrega de más notícias. O médico deve estar familiarizado com caso e conter consigo todas as informações disponíveis e dados clínicos antes da reunião com o paciente e/ou com a sua família (Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009), assegurando de alguma forma que todas as informações necessárias estejam disponíveis, como por exemplo, os resultados das análises ou exames que tenham sido realizados pelo paciente (Edwards, 2010). Também os médicos inquiridos no presente estudo referiram a necessidade de terem algum conhecimento do caso, como revela os exemplos seguintes: *“Preparo a transmissão da má notícia, tentando enquadrar a realidade da patologia e tento reunir toda a informação que tenho, ter à mão toda a informação que reuni acerca daquela doente que acompanho e a quem vou transmitir a má notícia”*. (J1/UR1); *“(...) tenho de ter presente na minha mente todos os pormenores da doença que estes têm, para estar preparado para eventuais questões (...)”* (F1/UR1). Este último exemplo, revela a importância que os médicos responsáveis pela comunicação de más notícias, devem deter um conhecimento prático de potenciais áreas de discussão, antes de falar com os pacientes, para evitar serem apanhados de surpresa ou parecerem desinformados (Barclay, Blackhall, & Tulsy, 2007).

A experiência também é tida em conta neste tipo de tarefa. Quando se inquiriu os participantes da possível preparação que realizam sobre a comunicação da má notícia propriamente dita, ou seja, se pensam na forma como vão comunica-la, nas palavras que vão usar antes de comunicar a má notícia, a experiência é verbalizada por sete dos participantes, como um aspeto influente na forma como preparam a comunicação. Como referem os participantes é graças a esta, que *“Habitualmente não faço nenhuma preparação, faço-o de maneira intuitiva, fruto da minha experiência (...) faço-o intuitivamente, não tenho nenhuma forma definida (...)”* (F1/UR1); *“Não preparo, não tenho nenhum esquema, é fruto da experiência”*. (H1/UR1); *“Não preparo a comunicação, faço-o espontaneamente, o que tem de ser dito, é dito, é assim que eu trabalho, a minha experiência ensinou-me a trabalhar assim (...)”*. (I1/UR1).

Dado a comunicação de más notícias ser uma tarefa desafiante e complicada para muitos médicos (Del Vento et al., 2009), muitas vezes estes lidam com sentimentos de inadequação e vulnerabilidade (Caillier, 2010), que podem ser sentidos pelos pacientes (Fallowfield & Jenkins, 2004; Liénard et al., 2010; Mast et al., 2005). Desta forma, para comunicar a má notícia aos pacientes, os médicos têm de fazer não só um uso efetivo das suas habilidades de comunicação, como também devem ser capazes de controlar e se possível esconder do paciente, as suas emoções,

sentimentos e alguma agitação que possam estar a sentir (Liénard et al., 2010). O controlo de emoções foi também um dos aspetos referidos pelos participantes, como importante na preparação deste tipo de comunicação. Os médicos inquiridos, referiram que procuram demonstrar sentimentos de tranquilidade, *“Tento estar sempre tranquila e acalmar-me, parecer o mais calma possível na transmissão da má notícia (...)”* (B1/UR2) e omitir a falta de preparação e o controlo das emoções aos seus pacientes, *“Preciso estar disponível e saber controlar as minhas emoções, e o que sinto em geral, costuma dar as más notícias nas extremidades do meu dia de trabalho”,* (H1/UR3). Apesar de os médicos serem ensinados a manter uma postura calma muitas vezes, quando estão mais vulneráveis ou cansados as suas emoções tendem a exteriorizar-se. O medo de expressar as suas emoções faz com que tenham de controlar as mesmas e por vezes, ter dificuldade em expressar simpatia e outras emoções que podem ser úteis ao paciente quando comunicam uma má notícia (Buckman, 1984). Apesar de este facto não ser encontrado no estudo, um dos participantes refere que *“Mas antes tento sempre que seja num período no qual eu não esteja sobre pressão, ou seja, tento que a transmissão não seja dada nas consultas, costumo marcar sempre uma hora mais específica para a anunciar uma má notícia (por exemplo um cancro do pulmão).”* (H1/UR2); *“Preciso estar disponível e saber controlar as minhas emoções, e o que sinto em geral, costuma dar as más notícias nas extremidades do meu dia de trabalho”* (H1/UR3) e podemos subtender que o facto dele proceder assim impede de alguma forma que cometa o erro de não estar completamente disponível para o paciente.

Ainda neste primeiro tema a ser tratado, tentou-se perceber através de duas perguntas de cariz estruturado qual o tipo de conhecimento que os médicos inquiridos detinham sobre protocolos de comunicação de más notícias e a sua possível aplicação na realidade das suas vidas profissionais. Como refere a pesquisa bibliográfica realizada, hoje em dia, já existe algum tipo de prática, deste tipo de comunicação nos estudantes de medicina (Baer et al., 2008). Contudo, no nosso estudo, apenas quatro dos participantes referiram conhecer a sua existência e apenas duas das médicas os conheciam realmente. Esta situação, deve-se talvez ao facto de os nossos participantes já terem finalizado a sua formação académica há alguns anos e na universidade nunca terem falado sobre este assunto, como refere um dos participantes: *“Não, quando acabei o curso, já há uns largos anos, não existia na minha escola nenhuma cadeira ou outro tipo de informação sobre este tipo de assunto, infelizmente.”* (A1/UR5). As únicas participantes no estudo que relataram conhecer

algum tipo de protocolo sobre este assunto foi unicamente por interesse pessoal no assunto e já depois do ingresso na vida profissional. Uma das participantes afirmou ainda que além de conhecer um dos protocolos existentes sobre comunicação de más notícias, este a ajudou muito na sua vida profissional: *“No último ano do meu internato médico fiz um trabalho acerca da comunicação das más notícias em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos, e aprendi muitas coisas positivas e que me ajudaram a criar empatia com os doentes nestas situações.”* (B1/UR4).

Posteriormente à fase de preparação, emerge a fase do processo da comunicação propriamente dita. Foram várias as categorias que se agruparam e se constituíram aspetos importantes referidos pelos médicos no que respeita ao processo de comunicação das más notícias.

Se a má notícia comporta alterações na perspetiva de futuro do doente e da sua família (Dias et al., 2003), a sua comunicação poderá destruir sonhos, expectativas, e alterar drasticamente o futuro de uma pessoa (Edwards, 2010). O ambiente em que esta irá ser comunicada é da responsabilidade dos portadores da má notícia, neste caso, dos médicos. O consultório é o local ideal para falar com o paciente (Zheng, 2011), contudo o mais importante é que seja num ambiente calmo, livre de interrupções e distrações, onde a privacidade do paciente seja garantida e o médico esteja disponível para este (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010). A importância dada ao ambiente, pelo médico que comunica a má notícia é revelada pelos participantes neste estudo, como um dos aspetos mais importantes a ter em atenção. Como é referido por um dos participantes: *“Previamente procuro sempre que isso aconteça num ambiente calmo, onde não existam distrações e onde o doente e os familiares se sintam calmos.”* (B2/UR2), demonstrando que a comunicação ou preocupação pela forma como esta irá decorrer, começa neste primeiro momento. O respeito e a empatia que se pretende revelar àquele paciente, passa antes de mais pela escolha e disponibilidade de um ambiente privado e confortável (Kaplan, 2010), que permita ao paciente sentir-se confortável (Carson-Stevens, 2008), pois este será informado de uma notícia má, num momento próprio que para os médicos inquiridos é *“(…) quando tenho a certeza que a má notícia é certa, quando já tenho os exames todos, e já sei explicar tudo sobre o diagnóstico e prognóstico.”* (C2/UR12) que possivelmente alterará o seu futuro e a sua visão sobre este.

Segundo a literatura a má notícia cabe ser comunicada ao doente, pois a este importa conhecer a informação sobre a sua doença e a ameaça que esta representa na sua vida (Schildmann et al., 2005). Contudo e segundo o que apuramos a

comunicação, por vezes, não é centrada no paciente, como nos revela um exemplo dos médicos inquiridos: “(...) *nunca transmito primeiro aos doentes, sempre à família (...)*” **(I2/UR1)**. Três dos médicos inquiridos preferem entregar a má notícia aos familiares ou prestadores de cuidados mais próximos do paciente, passando esta comunicação a ser centrada na família. Outros dois referem revelar à família primeiro sempre que se trata de pacientes idosos ou quando os pacientes se encontram internados no contexto de enfermaria. Apesar de a literatura nos dizer que o modelo tradicional (profissional de saúde dará a má notícia a um familiar, que junto com o médico oculta a má notícia ao paciente) está em desuso, pois não só impede a participação deste nas decisões acerca da sua patologia, como lhe omite parte da sua vida e do seu futuro (Stedeford, 1981) este facto ainda acontece presentemente. Como nos foi revelado por cinco dos participantes.

Uma outra perspetiva, mais usual nos dias que correm, defende uma comunicação centrada no paciente. No presente estudo, encontramos esta perspetiva presente no discurso de cinco dos participantes, como revelam as seguintes citações: “*A má notícia é comunicada frente a frente, eu comuniquei que tinha um tumor, possivelmente com mau prognóstico, cara-a-cara com a paciente (...)*” **(A2/UR2)**; “*As más notícias são quase sempre comunicadas oralmente, centrada no doente (...)*” **(B2/UR1)**, indo de encontro a um modelo, que se traduz num modelo, onde a revelação é dada de forma individualizada e centrada no paciente, ajustando a cada paciente o tipo de informação e a quantidade que é revelada (Back et al., 2005). Este modelo pressupõe que o médico foque a sua atenção no paciente, para que este consiga explorar as preocupações, emoções e comportamentos dos pacientes relativos à sua situação clínica (Baer et al., 2008). Este modelo permite estimular a participação do paciente em todo o seu processo de doença e de certa forma envolvê-lo nas decisões da sua situação clínica. No presente estudo os médicos participantes também revelaram preocupação neste assunto, como podemos ver no exemplo seguinte: “*(...) envolver o doente ao máximo naquilo (...) que lhe comuniquei (...)*” **(E2/UR11)**.

O facto de ser uma comunicação centrada no paciente permite ao médico encarar o paciente como responsabilidade primária (Buckman, 2002; Girgis & Fisher, 1998 *citado por* Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009). Também no presente estudo oito dos médicos inquiridos revelam respeitar as vontades e opções das pessoas a quem prestam cuidados. Este respeito pelo paciente foi encontrado em inúmeros aspetos. Os médicos inquiridos revelaram respeito pela vontade do paciente no que respeita à

presença ou ausência da família, no momento em que é comunicado a má notícia, como refere o exemplo seguinte: “ (...) *perguntei se queria a presença do marido (...)*” **(A2/UR3)**, permitindo desta forma que o paciente escolha o envolvimento de pessoas importantes para ele (Kaplan, 2010). O respeito pelo nível de compreensão do paciente é uma categoria que resulta também do discurso dos participantes, como refere o exemplo escolhido: “ (...) *sou direto em função da pessoa que tenho à minha frente, (...) de acordo com o que esta vai ou não compreender (...)*” **(H2/UR6)**, permitindo avaliar a percepção do paciente, ou seja, o seu grau de entendimento (Baile et al., 2000). O respeito pelo que o paciente deseja saber também foi uma das categorias resultantes do discurso dos participantes. Como refere um dos participantes: “ (...) *pergunto se sabe o que tem, porque esta neste serviço, para conhecer qual o tipo de informação que o paciente quer.*” **(F2/UR3)**, conhecendo desta forma a necessidade de informação que é solicitada pelo paciente (Kaplan, 2010) e o que este pretende saber (Zheng, 2011).

Se a comunicação é a habilidade mais importante em qualquer relação de ajuda, o tipo de informações que se partilha através do ato de comunicar, determina os benefícios que estas informações trazem aos pacientes (Leal, 2003). Se por um lado a partilha de informação vai de encontro às necessidades e expectativas dos paciente ajudando de alguma forma, a lidar com a sua situação clínica, a ausência de informação ou mesmo uma comunicação que não se revela suficiente, conduz o paciente a sentimentos de insegurança (Barclay, Blackhall, & Tulsy, 2007).

Quando se comunica ao paciente uma má notícia, este têm o direito de ter acesso ao diagnóstico, logo que for determinado, às informações sobre a sua patologia e respetivo prognóstico, de forma clara, dividida em partes e verificar se há entendimento desta informação pela parte do paciente (Buckman, 2002; Girgis & Fisher, 1998 *citado por* Cleary, Hunt, & Horsfall, 2009). Também os participantes no estudo em análise, revelaram que as informações passam pela: “*Explico a situação clínica, explico os resultados dos exames que anteriormente já tinha explicado porque os pedia e explico cada resultado detalhadamente.*” **(C2/UR8)**; “*Digo ao doente todas as informações dos exames que tenho comigo (...) se existe alguns exames que tem ainda de fazer explico para que servem, (...) explico a possibilidade de poder existir metástases noutros locais (...)*” **(E2/UR3)**, fornecendo a informação tendo em conta diversos aspetos, como: fornecer a informação de forma esporádica e certificar-se que explicou detalhadamente ou de forma completa ao utente a sua atual situação clínica (Baile et al., 2000). As informações que serão fornecidas ao utente, devem ser dadas

em frases curtas e facilmente compreensíveis (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010). Os médicos devem ter o cuidado de não utilizar termos técnicos e adequá-la ao nível de compreensão do paciente (Maynard, 1997 *citado por* Baile et al., 2000). Este cuidado com a linguagem também foi encontrada no presente estudo, como podemos visualizar no exemplo demonstrado: “ (...) *a linguagem que usamos também deve ser adequada ao tipo de paciente, à sua cultura, berço, podendo ser mais simples ou mais elaborada e técnica (...)*” **(A2/UR14)**.

Após ser comunicada a má notícia, estar atento à reação emocional do paciente e disponibilizar-lhe todo o apoio emocional que este necessita são desafios difíceis de lidar e dar resposta pela parte dos médicos (Buckman, 1992 *citado por* Baile, 2000; Ptacek & Eberhardt, 1997 *citado por* Baile et al., 2000). Comportamentos e emoções que revelam uma expressão de choque, isolamento e dor (Carson-Stevens, 2008) são muitas vezes identificados quando se comunica uma má notícia. Cabe ao médico oferecer apoio e solidariedade ao paciente (Ptacek & Eberhardt, 1997 *citado por* Baile et al., 2000). Este facto também foi encontrado no presente estudo, os médicos inquiridos revelam a necessidade de prestar apoio emocional não só ao doente, como também à sua família: “(...) *preocupa-me o apoio emocional ao doente (...)*” **(B2/UR7)**; “(...) *procuro que a própria família também tenha apoio emocional, pois entregam a vida do doente nas mãos do médico.*” **(A2/UR8)**.

Permanecer em silêncio e deixar que o paciente expresse os seus medos, angústias, sentimentos mais profundos que habitam dentro de si, é ajudá-lo e apoiá-los. A disponibilidade revelada pelos médicos através da programação e definição de um plano claro e programado para o futuro, comporta benefícios ao paciente, ou seja, além destes se sentirem mais apoiados (Carson-Stevens, 2008), sentem-se seguros com o facto de saberem que o médico está completamente envolvido no seu processo e terá uma participação ativa no seu futuro (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010). Também nas entrevistas que realizamos aos nossos participantes, o plano de acompanhamento elaborado, permite planear novos encontros com o paciente, como refere um dos participantes: “(...) *acompanhe, planeamos logo novos encontros (...)*” **(E2/UR5)**. Encorajar a colocação de dúvidas, necessidades e preocupações é importante para que o paciente se sinta confortável, deixar uma porta aberta, um contacto, deixar espaço para o surgimento de novas preocupações e principalmente revelar disponibilidade para com o paciente, são cuidados revelados pelos médicos participantes no estudo: “(...) *quando se dá a má notícia, é importante deixar uma*

porta aberta, para que a pessoa fale, ou telefone quando surgir alguma dúvida(...)" (G2/UR11).

A empatia e capacidade de responder às emoções dos pacientes são fatores importantes para acompanhar uma comunicação eficaz e centrada no paciente e na sua família, caso seja este o seu desejo (Park et al., 2010). Como foi supracitado, as habilidades de comunicação e a forma como este processo é preparado e posteriormente colocado em prática são de especial importância, para que a comunicação de más notícias tenha um resultado positivo (Payán, 2009). Se a preparação da comunicação é difícil, a sua comunicação é um fator ainda mais complexo, cabe aos médicos utilizarem estratégias de comunicação de forma a ir de encontro ao que o paciente espera. Permitir a expressão de dúvidas, sentimentos, angústias ou emoções através do uso de perguntas abertas, mostrar interesse, refletir, reformular ou clarificar ao paciente as suas preocupações, permite que o paciente se sinta ouvido e valorizado (Edwards, 2010). A importância atribuída ao paciente foi um fator de destaque no presente estudo. Para os inquiridos neste estudo, é o utente o fator mais importante, como referem algumas das seguintes citações: *"Fator mais importante é o doente (...)"* (A2/UR7); *"(...) a pessoa em si (...)"* (C2/UR13); *"O doente é o fator mais importante (...)"* (D2/UR13).

Como vimos este segundo tema revelou e agrupou todos os aspetos importantes referidos pelos médicos no que respeita ao processo de comunicação das más notícias. A forma como procedem no processo deste tipo de comunicação ficou caracteriza por todas as categorias resultantes dos seus discursos.

Posteriormente, dispusemo-nos a conhecer as vivências pessoais e emocionais dos médicos em relação a este tipo de tarefa. Como sabemos, a comunicação de uma má notícia, é uma situação que gera impacto negativo, na pessoa que recebe a notícia e na pessoa que a transmite, e é por isso que esta é também considerada uma das tarefas mais difícil para os médicos que diariamente lidam com este tipo de comunicação (Liénard et al., 2010). Sendo os prestadores de cuidados de saúde, os médicos, responsáveis pela comunicação de más notícias, estes além de terem de preparar e planear este momento, têm de gerir ao mesmo tempo o impacto emocional, medos e dificuldades que esta tarefa pode gerar.

Desta forma, e apoiando-nos no que foi supracitado, analisemos de seguida o impacto emocional que é sentido pelos médicos neste tipo de tarefa. Este impacto emocional é sentido pelos participantes tendo em conta diversos aspetos identificados e que serviram de base às categorias definidas. Cabe aos médicos de alguma forma,

saber lidar com eles, de modo a não prejudicarem a comunicação que se advinha (Caillier, 2010).

A idade surge como o único fator gerador de impacto emocional nos médicos participantes. Estes revelaram que a idade dos pacientes determina a forma como se sentem neste tipo de tarefa, nomeadamente referem que o facto de ser uma criança ou ser um paciente próximo da sua faixa etária provoca neste, mais impacto, como refere o exemplo a seguir: *“Se a pessoa é mais nova e mais próxima à minha geração custa-me sempre mais, acabamos por nos sentir refletidos nas situações e nas pessoas.”* (B3/UR2). Por outro lado, são vários os sentimentos e emoções gerados pelo impacto de comunicar uma má notícia. Sete dos inquiridos indicam a existência de uma emoção de tristeza sempre que têm de comunicar ou comunicam uma notícia má: *“(…) nenhum de nós gosta de ser portador de más notícias, nos dias que precedem a comunicação das más notícia, algumas vezes, fico um pouco mais triste, penso mais na vida e na inevitabilidade da morte.”* (B3/UR1). Também emoções como o medo e dificuldades em comunicar más notícias são indicados pelos participantes. Esses medos, segundo a literatura, podem ser de vários tipos e natureza. Segundo Buckman (1984), são vários os medos e dificuldades que a tarefa de comunicar más notícias desperta nos médicos. Segundo ele, os médicos têm medo da reação emocional do paciente ou família (Buckman, 1984), como referem dois dos participantes *“Tenho sempre medo das reações dos familiares (...)”* (B3/UR5); *“(…) sinto medo que o doente não reage bem (...)”* (D3/UR5); ou medo do desconhecido, medo de não ser suficientemente claro (Buckman, 1984) para o paciente *“(…) tenho sempre receio de não ser suficientemente clara, de não conseguir que me entendem, que as minhas palavras sejam mal interpretadas ou que na altura, as pessoas fiquem tão desorientadas que pesam e interpretam as minhas frases de outra forma.”* (B3/UR4). O medo de expressar emoção; o medo de não saber todas as respostas; o medo pessoal de morte e doença e o facto de terem de assumir a responsabilidade pela má notícia comunicada (Buckman, 1984), são sentidos pelos médicos e muitas vezes desencadeiam sentimentos de stress ligados à dificuldade em comunicar a má notícia. Tal como se verificou no estudo realizada por Payà et al. (2009), também no estudo em análise os médicos participantes revelaram sentirem stress ligado à tarefa de comunicar más notícias. Contudo, apesar da maior parte referir sentir algum stress neste tipo de tarefa, este stress é mais evidenciado nos participantes mais novos, é o caso dos participantes (B; C; I) que apontam a comunicação de más notícias como uma tarefa stressante, *“(…) o veicular da informação (...) de uma má notícia*

desencadeia sempre stress.” (B3/UR7); “ (...) *por o stress que muitas vezes estamos sujeitos no trabalho.*” (C3/UR3); “*Sim, antes e depois da transmissão da má notícia, antes porque é uma notícia má que temos de transmitir e por ser eu o transportador.*” (I3/UR7). Já no que respeita aos participantes mais velhos, estes referem a existência de algum stress, desvalorizando-o ou revelando mesmo que com a experiência deixam de senti-lo ou aprendem a lidar com ele. São exemplos disso, as seguintes citações: “*Não, já tenho muita experiência, no princípio da minha carreira era capaz de sentir algum stress, agora não.*” (A3/UR7); “*É um stress momentâneo, mas é um stress que se lida bem, baseado na experiência.*” (G3/UR7); “*Pode ser considerado uma tarefa constrangedora, mas faz parte da nossa profissão, e não pode causar stress (...)*” (J3/UR5).

Mackenzie et al. (2007) e Hulsman et al. (1999) referem que o sentimento de stress é comum entre cuidadores na profissão médica, estes rotulam e classificam a comunicação de más notícias como uma tarefa stressante, e há pouca evidência que esta tarefa se torne mais fácil à medida que os médicos se tornam mais experientes (Fallowfield & Jenkins, 2004; Helft & Petronio, 2007; Ptacek & McIntosh, 2009 *citado por* Hulsman et al., 2010). Como revelamos em cima no presente estudo, há evidências que o stress pode ser mais sentido ou ser sentido de uma forma mais forte entre os participantes mais novos, contudo apenas no fator stress isso é evidenciado. Ou seja, não quer dizer que pelo facto dos participantes mais novos sentirem mais stress associado à tarefa de comunicar más notícias do que os mais velhos, a idade dos participantes altere a forma como a comunicação da má notícia é vivida. Ou seja, apesar do stress ser mais sentido pelos médicos mais novos, a comunicação de más notícias não se torna mais fácil à medida que têm mais experiência, pois como vimos sentimentos e emoções como tristeza, medos ou dificuldades ainda são descritos como presentes no seio dos pacientes mais velhos.

Face a tal impacto emocional, é necessário os médicos saberem geri-lo (Payàn et al., 2009) e não deixarem que tal interfira nas suas vidas, separando a vida profissional das suas vidas pessoais, como referem os participantes no presente estudo: “(...) *quando chego a casa, tento desligar mais, estar mais ocupada, pensar menos, não falar, mas às vezes é impossível.*” (B3/UR3); “*Não costumo deixar as situações transparecerem, guarde-as para mim (...) não posso deixar que interfiram no resto da minha vida.*” (D3/UR4), realçando a importância de uma manter uma vida normal “(...) *distraio-me e penso na minha vida e nas coisas que tenho de fazer, tento relaxar, esquecer o trabalho.*” (C3/UR4). Outros aspetos realçados pelos médicos

participantes, que os ajudam a gerir o impacto emocional que sentem, é a aprendizagem que fazem com os erros e a experiência “(...) *algumas situações ficam guardadas para toda a vida, e são estas que nos fazem amadurecer no contexto de trabalho e na nossa vida pessoal (...)*” (D3/UR2) e a importância de terem a consciência tranquila “(...) *aprendi que tenho e faço tudo para salvar o doente, porque quando acontece o pior tenho de ter a consciência tranquila que tudo foi feito, que fiz tudo o que devia fazer.*” (C3/UR1).

A comunicação de uma má notícia engloba, como se verificou, inúmeros aspetos, contudo este assunto, como muitas outras dinâmicas da nossa sociedade, está a sofrer alterações e mudanças. Se num primeiro momento esta era centrada na família ou assente num modelo paternalista, a autonomia e autorrealização de que o ser humano foi dotado, tornou-se um princípio ético, e com este foram levantadas várias questões éticas referentes à capacidade de escolha e autonomia que o ser humano detém. Se existem princípios da bioética (princípio da beneficência, princípio da não-maleficência, princípio da autonomia e o princípio da justiça), que devem ser tomados em conta (Pires, 2001 *citado por* Pereira, 2005) existem também dilemas e questões éticas que podem atormentar os médicos inquiridos no presente estudo.

Se a prática profissional deve respeitar determinados princípios, e se cabe ao médico informar o seu paciente e familiares sobre a sua situação clínica, por vezes, aparecem determinadas situações que merecem análise e a dúvida quanto à forma de prosseguir. Apenas uma das médicas apresentou um dilema ético, onde revela “(...) *recentemente aconteceu-me ter de comunicar uma má notícia a alguém de quem gosto e por quem me preocupo (...) a minha obrigação de médica era ser completamente honesta, mas esta pessoa olhava-me como que a pedir que o panorama/situação não fosse tão má quanto o esperava (...)*” (B4/UR1), “*Vi-me dividida entre o profissional de saúde que tem de ser objetivo e o amigo que deve apoiar os seus amigos.*” (B4/UR2), no qual os aspetos profissionais entram em confronto com os afetos vividos. Contudo, tendo em conta o seu código ético, que refere o dever do médico de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da doença (Código Deontológico dos Médicos), esta decidiu “*Fui o mais honesta possível (...) tentei ser o mais objetiva possível, mas sem deixar de lhe mostrar que seria absolutamente necessária uma biopsia para termos a certeza do que seria aquela imagem.*” (B4/UR3), tomando uma decisão baseada nos princípios éticos da sua profissão. Outros dois médicos identificaram questões éticas através de casos que viveram nas suas profissões. Uma primeira revelada por um dos

participantes, que conta uma situação que viveu: “*Sim, uma vez um Sr. que não queria ser operado, informei as pessoas, o doente e família das consequências negativas que podiam acontecer e a pessoa nem sequer quis saber nada de operações, eu respeitei a vontade.*” **(H4/UR1)** identifica o princípio da autonomia e do consentimento informado como uma questão ética que foi respeitada. Desta forma, o médico respeitou que os indivíduos são autónomos, com o direito de decidir sobre si próprio e escolher o seu destino e todas as escolhas pessoais, de modo a assegurar a capacidade e a autonomia antes de qualquer tratamento ou intervenção (Beuchamp & Childress, 2002 *citado por* Ligiera, 2005). O médico participante seguiu assim este princípio “*(...) informei devidamente e este decidiu por si.*” **(H4/UR2)**, revelando desta forma o conhecimento sobre direitos dos pacientes. Outro princípio foi identificado quando um dos participantes revelou a vivência de outra questão ética. Como revelam os seguintes exemplos: “*Já, uma Sr. que teve horas na consulta, não queria ser operada e eu tive de convencê-la a ser operado em tempo útil (...) o marido não queria que ela fosse operada e eu disse se não é operada morre daqui a um ou dois meses (...)*” **(G4/UR1)**. Colocando em prática o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana. O facto de este marido não deixar ou mesmo proibir a sua mulher de ser tratada, proibia o exercício de um direito fundamental dos pacientes.

A comunicação de más notícias, em si, é caracterizada como uma situação difícil para os médicos (Schildmann, Cushing, Doyal, & Vollmann, 2005), tudo aquilo que a envolve dificulta ainda mais esta tarefa. Carter-Brown (2010) sugere a criação de um grupo de profissionais nos contextos de saúde, para que no seu seio possam ser discutidos e partilhados aspetos ligados às experiências profissionais. No estudo realizado, apenas dois dos médicos inquiridos relataram que a partilha de emoções e experiência com a equipa de saúde é um aspeto importante: “*(...) falamos sobre as coisas em equipa (...) falar sobre o que está mal ou menos bem é essencial.*” **(F3/UR7)**. Este tipo de discussão pode comportar benefícios para o bem-estar do profissional de saúde e conseqüentemente diminuir o stress profissional e burnout dos membros das equipas de saúde (Carson-Stevens, 2008). Contudo, a inexistência destes grupos, leva a que os médicos apenas partilhem as suas experiências e emoções com as suas famílias, como revelaram oito dos médicos inquiridos: “*Quando chego a casa e tenho tido um dia muito complicado, aí comento com a minha mulher (...)*” **(E3/UR8)**; “*(...) falo com a minha mulher preservando o anonimato (...)*” **(H3/UR4)**.

Conclusões

A comunicação em contextos de saúde, mais precisamente a comunicação de más notícias em contextos de saúde, despertou a curiosidade para esta pesquisa. Sendo um momento que todos os seres humanos desejam nunca viver nas suas vidas, interessamo-nos por conhecer a forma como a comunicação de más notícias acontece e é vivida pelos médicos.

A pesquisa teve o seu ponto de partida, no objetivo principal de: *“Obter elementos que nos permitam conhecer a forma como os médicos comunicam e vivem emocionalmente a comunicação de más notícias aos pacientes”*.

Assim, optou-se por uma metodologia qualitativa, dado tratar-se de um estudo que pretende conhecer os contornos de uma experiência pessoal e profissional. Procuramos conhecer os fatores que são identificadores e importantes da preparação e processo da comunicação de más notícias e a vivência emocional dos médicos neste tipo de tarefa, por isso, realizou-se uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva. Fez-se a análise da informação recolhida através de entrevistas a dez médicos que se disponibilizaram para colaborar no estudo. Nas conclusões que agora apresentamos, procuramos sintetizar os aspetos mais significativos que permitem identificar a forma como os médicos caracterizam e vivem este tipo de comunicação.

É ainda de salientar toda a disponibilidade dos médicos que participaram no estudo, particularmente na abordagem a assuntos sobre a forma como se comportam na sua vida profissional e nas abordagens sobre as suas próprias vivências emocionais, através da exploração de sentimentos e emoções particulares.

Apresenta-se de seguida, uma síntese das conclusões mais significativas resultantes da análise dos vários temas, através dos quais estudamos a vivência deste fenómeno.

São de diferentes ordens os aspetos a ter em conta no presente estudo. Numa primeira parte, apresentamos os aspetos que os médicos referem como importantes numa fase de preparação da comunicação de más notícias, numa segunda fase apresentamos os elementos resultantes dos discursos dos participantes como elementos primordiais e de uma importância extrema na fase de comunicação. Já no que concerne a uma terceira e quarta fase apresentamos os fatores indicados pelos médicos como caracterizadores do modo como estes vivem emocionalmente este tipo de comunicação e dilemas ou questões éticas que já viveram neste tipo de tarefa.

O primeiro tema estudado foi a Preparação da Comunicação de Más Notícias. Neste tema, foram identificados aspetos importantes e determinantes na preparação

da comunicação de más. Para os médicos inquiridos, esta tarefa comporta uma preparação que englobe alguns aspetos, que devem ser tidos em conta antes da comunicação da má notícia. Dos discursos dos participantes emergiram diversas categorias identificadoras do tema em estudo. Segundo os participantes, a forma como se preparam para comunicar a má notícia carece da influência do contexto onde estão a trabalhar, da individualidade dos pacientes e o conhecimento que devem ter do caso. De certa forma, uma comunicação terapêutica eficaz só acontece quando o médico detém um conhecimento profundo e completo acerca do problema do paciente, mas também do seu estado emocional, sistema de apoio, nível educacional e as estratégias de defesa que o paciente dispõe poderá realizar (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010). Ainda na fase de preparação, os médicos inquiridos revelaram preocupação em controlar as suas emoções, adotando de certa forma, uma postura calma e segura (Buckman, 1984). A experiência é também para os participantes, que detêm e vão construindo, ao longo do seu percurso profissional, uma boa ajuda no tipo de comunicação que vão realizar. Realçar que esta experiência revelada pelos profissionais de saúde inquiridos apenas diz respeito à comunicação verbal, as palavras que vão dizer e não a outros aspetos supracitados.

Numa segunda subárea temática, tivemos conhecimento dos participantes no que diz respeito ao conhecimento e aplicação de protocolos de comunicação de más notícias. Encontraram-se apenas quatro participantes que referem conhecer a existência dos protocolos, contudo apenas duas conhecem realmente a sua existência. De salientar o facto, que este conhecimento foi adquirido somente após o ingresso na vida profissional, revelando assim a falta de formação sobre este assunto no passado. Os outros seis participantes revelaram não conhecer.

O segundo tema estudado permitiu caracterizar os aspetos importantes, referidos pelos médicos no que respeita ao processo de comunicação das más notícias. Para os médicos inquiridos é o paciente, o elemento mais importante neste processo, sendo que são estes que estão a sofrer e a suportar uma fase negativa nas suas vidas (Caillier, 2010). Apesar de discordarem a quem entregar a má notícia, se ao paciente ou à sua família, os médicos inquiridos têm em conta muitos aspetos importantes no processo de comunicação de uma má notícia. O ambiente, o momento certo onde comunicarão a notícia, a adaptação da linguagem ao paciente, o respeito pelas preferências dos utentes ou o tipo de informação a transmitir, são tidos pelos profissionais como fatores a ter em mente nesta fase. Permitindo assim comunicar ao paciente a má notícia, de forma confortável, privada, dando informações ao doente de

acordo com aquilo que este quer saber, de acordo com as suas necessidades, entendimento, promovendo desta forma, uma relação de confiança, respeito e compreensão, que comporta inúmeros benefícios para o paciente (Jovell, 1999). Os inquiridos revelam que o apoio emocional ao paciente, disponibilidade que devém demonstrar no futuro aos pacientes e o acompanhamento na sua situação clínica são elementos que devem ser disponibilizados ao paciente após a comunicação de uma má notícia. Sendo que todos estes aspetos ajudam os pacientes a lidar com a sua situação clínica (Barclay, Blackhall, & Tulsy, 2007), contribuindo para a diminuição do seu isolamento e medos e ajudando o utente a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação (Leal, 2003).

Posteriormente, num terceiro tema, conhecemos de perto as vivências pessoais e emocionais dos portadores de comunicação de más notícias. Os inquiridos, revelaram a idade como único fator gerador de impacto emocional, referindo que é mais difícil comunicar uma má notícia, quando estão perante uma criança ou quando os pacientes têm uma idade próxima da sua. Ao contrário deste facto, são identificados pelos pacientes, vários sentimentos/emoções gerados pelo impacto de comunicar uma má notícia. Sentimentos de tristeza, medos e dificuldades são identificados pelos médicos inquiridos, revelando que esta tarefa comporta não só a vivência de emoções intensas e sensações de responsabilidade como também sentimentos de medo e consequências de uma reação negativa da parte do paciente (Baile et al., 2000). A gestão que realizam deste impacto emocional também foi uma subárea que mereceu destaque, pois os participantes revelaram como gerem o impacto emocional sentido. Estes referiram que a partilha de emoções com a sua própria família ou com a equipa de saúde, muitas vezes acontece. Também fatores como ter a consciência tranquila; separar a vida privada da vida profissional; aprender com os erros e lições de vida são imprescindíveis na gestão do impacto emocional.

Um último e quarto tema permitiu-nos conhecer a existência de dilemas e questões éticas na comunicação de más notícias. Apenas um dilema ético foi identificado, pondo em causa aspetos profissionais versos afetos vividos. Já duas questões éticas foram identificadas. Uma que identificava o princípio da autonomia e do consentimento informado e outra que identificou o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.

Em conclusão, podemos verificar que a comunicação de uma má notícia, engloba um percurso caracterizado por uma fase de preparação, processo de comunicação e um acompanhamento posterior ao paciente. Neste estudo, podemos

referir o facto, dos participantes, descreveram de forma pormenorizada, elementos e aspetos caracterizadores da tarefa de comunicar más notícias. Numa fase de preparação e de processo da comunicação de uma má notícia, os médicos inquiridos revelam a forma como o fazem e quais os aspetos que devem ser tidos em conta, para que a comunicação se revele adequada a cada paciente ou à família. Os elementos que são descritos pelos participantes neste tipo de tarefa podem ser uma ajuda para futuros médicos. Estes podem adquirir novas ideias e aprendizagens através do presente estudo, e desta forma, permitir que lidem melhor com esta difícil tarefa.

Por outro lado, a forma como os médicos partilham a vivência de emoções e sentimentos ligados a esta tarefa, pode também ajudar os médicos em início de carreira e mesmo os mais experientes a identificarem sentimentos e emoções que esta tarefa desperta e a forma como estes podem ser geridas. O stress e o impacto emocional que muitas vezes sentem, carece de uma partilha de emoções, e este estudo, poderá consciencializar os médicos da necessidade de organização de um grupo constituído por médicos que lidam diariamente com esta tarefa, para que possam partilhar experiências, angústias e sentimentos ligados a este assunto.

Podemos referir que a comunicação de más notícia, é entendida pelos médicos inquiridos como uma comunicação que preza um cuidado holístico, ou seja, estes revelam que apesar de toda a preocupação com o paciente e o respeito que têm por este, demonstram também a preocupação em cuidar a nível emocional, promovendo um acompanhamento futuro ao paciente. Os médicos revelam que a individualidade de cada paciente é tida como fator influente para comunicar de forma adaptada a má notícia e que a participação deste e o respeito pelas suas vontades são fatores importantes para uma melhor abordagem ao paciente.

Quanto às limitações deste estudo, gostaríamos de salientar o facto de não ter sido realizado um pré-teste. Pois como sabemos o exercício deste permitia identificar lapsos ou erros na construção do guião. Outra limitação encontrada, é o facto de não termos conseguido estudar e analisar a outra parte da comunicação de más notícias. Falamos dos pacientes e na análise à forma como estes vivem e classificam a forma como lhes é entregue a má notícia. Apesar de as entrevistas aos pacientes terem sido realizadas, a extensão que a análise das entrevistas dos profissionais apresentou limitou o resto da pesquisa. E numa última limitação, referimos a dificuldade, por vezes encontrada quando se inquiriu os médicos sobre aspetos e vivências pessoais. Estes são um grupo que não gostam muito de falar de si próprios e das particularidades das

suas vidas, e por isso no terceiro tema desta pesquisa, foi por vezes, difícil explorar as suas vivências.

Salientar que dado ser um estudo exploratório, vale pela experiência, essencialmente pelo contacto com que foram recolhidos os dados, pela partilha de tantos temas que este assunto suscitou, no decorrer das entrevistas e pelo seu contributo na identificação e conhecimento de alguns temas e contornos desse fenómeno.

Considera-se que existem poucos estudos que liguem as duas fases da comunicação – médico e paciente - e contemplando que esta é uma área que começa a ser mais investigada entre nós, parece-nos oportuno deixar várias sugestões, que eventualmente poderão conduzir ao aprofundamento do tema:

- O ponto de vista dos pacientes, no que refere à entrega da má notícia e à forma como vivem emocionalmente esta comunicação, que alterou decisivamente as suas vidas.

Referências Bibliográficas

- Abric, J. (1999). *Psychologie de la communication; théories et méthodes*. Armand Colin: Paris.
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- American Psychiatric Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6th Ed.). Washington, DC.
- Andrade, A., Bagri, A., Zaw, K., Roos, B., & Ruiz, J. (2010). Avatar-Mediated Training in the Delivery of Bad News in a Virtual World. *Journal of Palliative Medicine*, 13(12), 1415-1417.
- Back, A., Arnold, R., Baile, W., Tulsky, J., & Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *Cancer Journal for Clinicians*, 55, 16471-16472.
- Baer, M., Freer, J., Milling, D., Potter, W., Ruchlin, H., & Zinnerstrom, K. (2008). Breaking Bad News: Use of Cancer Survivors in Role-Playing Exercises. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 885-889.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelkab, A. (2000). SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Barclay, J., Blackhall, L., & Tulsky, J. (2007). Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 958-977.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bascuñán, M. (2005). Comunicación de la verdaden medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133, 693-698.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brewin T. (1991). Three ways of giving bad news. *Lancet* 337, 1207-1209.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. Skills and effort are key. *British Medical Journal*, 325, 672-672.
- Caillier, R. (2010). Breaking Bad News to Patients. *Podiatry Management*, 123-124. Retirado de www.podiatrym.com
- Carson-Stevens, A. (2008). The Paraprofessional's Role in Breaking Bad News. *Journal of Palliative Medicine*, 11(2), 140-145.

- Carter-Brown, E. (2010). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*, 24(40), 51-56.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 14(1), 135-139.
- Chió, A., Montuschi, A., Cammarosano, S., Mercanti, S., Cavallo, E., Ilardi, A., Ghiglione, P., Mutani R., & Calvo, A. (2008). ALS patients and caregivers communication preferences and information seeking behaviour. *European Journal of Neurology*, 15, 51–56.
- Cleary, M., Hunt, G., & Horsfall, J. (2009). Delivering Difficult News in Psychiatric Settings. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(5), 315-321.
- Cohen, L., & Manion, I. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Del Vento, A., Bavelas, J., Healing, S., MacLean, G., & Kirk, P. (2009). An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. *Patient Education and Counseling*, 77, 443–449.
- Dias, L., Bruce, A., Thomas, J., Lynch, J., & Penson, R. (2003). Breaking bad new: a patients perspective. *The Oncologis*, 8, 592-93.
- Direção geral da Saúde: Ministério da Saúde, (2012). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Retirado 9 Maio 2012, de <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing Residential Care*, 12(10), 495-497.
- Eggly, S., Penner, L., Albrecht, T., Cline, R., Foster, T., Naughton, M., Peterson, A., & Ruckdeschel, J. (2006). Discussing Bad News in the Outpatient Oncology Clinic: Rethinking Current Communication Guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 716-719.
- Eid, A., Petty, M., Hutchins, L., & Thompson, R. (2009). “Breaking Bad News Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. *Journal of Cancer Education*, 24, 154-159.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine*. *The Lancet*, 363(9405), 312-319.
- Fortin, M. (2000). *O Processo De Investigação. Da Conceção À Realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fujimori, M., Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Oba, A., Sakano, Y., & Uchitomi, Y. (2005). Good Communication With Patients Receiving Bad News About Cancer In Japan. *Psycho-Oncology*, 14, 1043-1051.

- Fujimori, M., Parker, P., Akechi, T., Sakano, Y., Baile, W., & Uchitomi, Y. (2007). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psycho-Oncology*, 16, 617-625.
- García-Reyes, W., Solares, A., López, U., Rebollar, A., & Castillo, A. (2008). Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31(1), 9-14.
- Gil, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Goldie, L. (1982). The ethics of telling the patient. *Journal Medicine Ethics*, 8, 128-33.
- Harvey, J., Cohen, M., Brenin, D., Nicholson, B., & Adams, R. (2007). Breaking Bad News: A Primer for Radiologists in Breast Imaging. *Journal American College of Radiology*, 4, 800-808.
- Hulsman, R., Ros, J., Winnusbst, J., & Bensing, J. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*, 33, 655-668.
- Jovell A. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Medicine Clinical*, 5, 113-173.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514-516.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 40-43.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A., Marchal, S., Meunier, J., Reynaert, C., Slachmuylder, L., & Razavi D. (2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *British Journal of Cancer*, 103, 171-177.
- Ligiera, W. (2005). Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. *Revista Ibero-Americana de Direito Público*, 5(20), 410-427.
- Lodi, J. (1989). *A Entrevista Teoria e Prática*. São Paulo: Livraria Pioneira.
- Lima, A. (2003). Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no moriren el intento?. *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217-220.
- Mast M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling* 58, 244-251.
- Massignani, L. (2007). *Más notícias: O processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados*. (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina).

- Morais, G., Costa, S., Fontes, W., & Carneiro, A. (2009). Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. *Acta Paul Enfermagem*, 22(3), 323-327.
- Miranda, J., & Brody, R. (1992). Communicating bad news. *The Western Journal of Medicine*, 156, 83-85.
- Maynard, D. (2006). Comment - Bad News and Good News: Losing vs. Finding the Phenomenon in Legal Settings. *Law & Social Inquiry*, 31(2), 477-497.
- Mueller, P. (2003). Breaking bad news to patients. *The SPIKES approach can make this difficult task easier*. (Postgraduate Medicine), 112(3), 15-18.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2) 61-65.
- Ordem dos Médicos. *Código Deontológico*. Retirado de <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=efe937780e95574250dae07151bdc23&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Payán, E., Montoya, D., Vargas, J., Vélez, M., Castaño, A., & Krikorian, A. (2009). Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective. *Colômbia Médica*, 40, 158-166.
- Park, I., Gupta, A., Mandani, R., Haubner, L., & Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock I*, 3(4), 385-388.
- Parker, P., Baile, W., Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A., & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19(7), 2049-2056.
- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Contributos para a formação em enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto).
- Perosa, G., & Ranzani, P. (2008). Enabling Physicians to Communicate Bad News to Children. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 468-473.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). *Qualitative Research in Health Care*. Malden: Blackwell Publications/BMJ Books.
- Porciani F. (1993). Comunicaciones médico-paciente e informazione del pubblico. Milano: Masson. *Quaderni di Cure Palliative*, 1, 231-232
- Rabow M., & McPhee S. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Journal West Medecine*, 171, 260-263.

- Reis, F., & Rodrigues, V. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no Ensino de Enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sardell, A., & Trierweiler, S. (1993). Disclosing the Cancer Diagnosis. Procedures that Influence Patient Hopefulness. *Cancer*, 72(11), 3355-3365.
- Sastre, M., Sorum, P., & Mullet, E. (2011). Breaking bad news: The patient' view. *Health Communication*, 26, 649-655.
- Sutton, S., Baum, A., & Johnston, M. (2005). *The sage handbook of health psychology*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Schildmann J., Härlein J., Burchardi N., Schlögl M., & Vollmann J. (2005). Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. *Support Care Cancer*, 14(11), 1157-61.
- Stedeford, A. (1981). Copules facing death: Insatisfactory communication. *British Medical Journal*, 283, 1098-1101.
- Teixeira, R. (1996). Comunicação em saúde. Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Notas Didáticas*, 615-620.
- Teixeira, R. (1997). Models of communication and health practices. *Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 7-31.
- Ungar L. (2002). Breaking bad new: structures training for family medicine residents. *Patient Education and Counseling*, 48, 63-68.
- Vail, L., Sandhu, H., Fisher, J., Cooke, H., Dale, J., & Barnett, M. (2011). Hospital consultants breaking bad news with simulated patients: An analysis of communication using the Roter Interaction Analysis System. *Patient Education and Counseling*, 83, 185-194.
- Vala, J. (1986). Análise de Conteúdo. In Silva, A., & Madureira, J. (org). *Metodologias das Ciências Sociais*, (2º Ed.), Porto: Edições Afrontamento.
- Villagran, M., Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., & Baldwin, P. (2010). Creating Comfort: A Communication-based model for Breaking Bad News. *Communication Education*, 59(3),220-234.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1966). *Pragmática Da Comunicação Humana*. São Paulo: Edição Cultrix.
- Wiggers, J., Donovan K., Redman, S., & Sanson-Fisher, R. (1990). Cancer Patient Satisfaction With Care. *Cancer*, 66(3), 611-616.
- Zheng, G. (2011). Delivering bad news to patients - the necessary evil. *Journal of Medical Colleges of PLA*, 26, 103-108.

Anexos

Anexo I - Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Tema: Comunicação de Más Notícias em Contextos de Saúde

Objetivo Geral: Obter elementos que nos permitam conhecer a forma como os médicos comunicam e vivem emocionalmente a comunicação de más notícias aos pacientes.

Local: Hospital Dr. José Maria Grande, E.P.E., ULSNA, Portalegre

Entrevistado: Débora João Figueiredo Bicho - Aluna do curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Évora

Blocos Temáticos	Objetivos	Questões
<u>Bloco I</u> Legitimação da Entrevista.	Legitimar a entrevista e motivar a participação dos entrevistados.	-Confirmar a disponibilidade para a participação no contexto do convite já realizado -Informar: Tema e objetivo da entrevista -Garantir anonimato, afiançar a confidencialidade e a utilização dos dados recolhidos apenas para este trabalho -Esclarecer que a condição de “participante” neste estudo poderá ser interrompida em qualquer momento
<u>Bloco II</u> Caracterização sócio cultural dos participantes.	Obter dados demográficos	1. Que idade tem? 2. Qual a sua profissão? 3. Qual o serviço atual onde exerce funções?
<u>Bloco III</u> Preparação da Comunicação de Más Notícias	Conhecer a forma como os técnicos preparam a transmissão das más notícias e se tem conhecimento sobre algum tipo de protocolo que existe sobre este assunto.	4. Como prepara a transmissão da Má Notícia? 5. Têm conhecimento dos protocolos da Transmissão de Más Notícias? 5.1. E se têm conhecimento, aplicam-no ou não?
<u>Bloco IV</u>	Recolher informação	6. Como é comunicada as más notícias aos

<p>Processo de Comunicação das Más Notícias</p>	<p>sobre a forma como decorre o processo de comunicação das más notícias e quais os elementos que o caracteriza.</p>	<p>pacientes?</p> <p>7. Que tipo de informação é dada pelos profissionais de saúde ao doente e à família?</p> <p>8. Qual o momento do percurso hospitalar em que é abordada a situação patológica?</p> <p>9. Como e quando é que decide comunicar uma má notícia?</p> <p>9.1. Quais são os fatores que pesam na sua decisão?</p> <p>10. Quais os aspetos que procura ter em conta quando têm de comunicar uma má notícia?</p>
<p><u>Bloco V</u></p> <p>Vivências pessoais e Emocionais dos Médicos neste tipo de Tarefa.</p>	<p>Conhecer de perto as vivências pessoais e emocionais que os técnicos de saúde se deparam na entrega de uma má notícia.</p>	<p>11. Qual o impacto emocional que causa em si esta situação.</p> <p>11.1. Como procura geri-lo?</p> <p>12. Quais as dificuldades, medos e receios na comunicação de más notícias?</p> <p>13. Mediante uma situação completa de dar a Má Notícia, isso tem repercussões ao nível pessoal e familiar?</p> <p>14. Quando têm de comunicar uma má notícia há algum aspeto que o faz hesitar?</p> <p>15. A comunicação de Más Notícias é desencadeadora de ansiedade/stress laboral?</p>
<p><u>Bloco VI</u></p> <p>Principais Dilemas e Questões Éticas Vividos pelos Médicos.</p>	<p>Perceber os principais dilemas e a forma como os técnicos de saúde os resolvem. Compreender porque foi problemático e como o resolveu.</p>	<p>16. Já viveu algum dilema na comunicação de uma má notícia. (Nesta pergunta caso se obtenha uma resposta positiva é pedido aos participantes que explicitassem o dilema)</p> <p>16.1. Se já, como viveu com este e como o resolveu?</p>

Anexo II - Autorização do Conselho de Administração do Hospital e da Comissão de Ética do mesmo.

Acta 12
Rómulo
2012.11

N. 4/ 2012, de 07 de Março

De: Comissão de Ética
Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração
C/C:

ASSUNTO: Projecto de Investigação- " Comunicação de Más Noticias: Vivências e dilemas vividos pelos Técnicos de Saúde e Pacientes".

T-C
Not fiquem-H = referente
12/03/21

PARECER

Maria Niz...
Celeste Terêncio da Silva
Vogal do Conselho de Administração

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Autorizado de acordo com a informação da Comissão de Ética da ULSNA, CPE. De-se conhecimento do despacho à requerente e à Comissão de Ética.

António H. M. Guerreiro
Presidente do Conselho de Administração
14/3/2012
Direcção de Saúde
Coia Silva
Directora

A mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde, Débora João Figueiredo Bicho, encontra-se a trabalhar à sua tese de mestrado, subordinada ao tema "Comunicação de Más Noticias: Vivências e dilemas vividos pelos Técnicos de Saúde e Pacientes".

Para o efeito, submeteu a autorização a aplicação de entrevistas a profissionais de saúde e a utentes, juntando para o efeito o guião da entrevista, bem como, o modelo de consentimento informático que irá realizar.

Cumpra agora, a esta Comissão analisar e emitir parecer.

O ante projecto do estudo apresenta-se com as seguintes características:

1- Objectivos

De acordo com a problemática em estudo, é importante que se perceba, na perspectiva das pessoas que recebem a má notícia e dos profissionais de saúde, as repercussões que tem nuns e noutros esta comunicação.

O estudo, tem pois, como principais objectivos: obter elementos que contribuam para aprofundar conhecimentos teóricos. Práticos deste tipo de comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes; conhecer e perceber a forma como os técnicos de saúde vivem, percebem a comunicação das más notícias, se fazem a preparação para esta comunicação e se analisam a forma como a transmissão da má notícia é recebida pelo paciente. Em suma, que necessidades são sentidas pelos pacientes, face à problemática da comunicação das más notícias.

2- População

Os participantes na investigação serão os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, e ainda, os utentes do Hospital Doutor José Maria Grande.

A amostra será constituída por 20 participantes: 10 profissionais e 10 utentes.

3- Tipo de Estudo/Metodologia

O estudo é exploratório, descritivo e qualitativo.

4- Instrumento e Técnica de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados é a entrevista com perguntas abertas aplicadas aos profissionais de saúde e aos utentes.

5- Análise



A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente estudo e deliberou o seguinte:

O objectivo do estudo, como supra se referiu, apresenta grande relevância, porquanto permite analisar e compreender a perspectiva bilateral da comunicação das más notícias: profissionais e utentes.

Pois, importa saber as repercussões que a comunicação destas más notícias poderão ter para os utentes e se os profissionais estarão preparados, ou se prepararam esta comunicação, que acarreta tanta importância e um carácter enorme de sensibilidade e subjectividade. Só através de dados comprovativos é que se poderá fazer um diagnóstico e introduzir melhoria, se for caso disso.

Para além dos objectivos do estudo serem de crucial importância, a metodologia a efectuar acautela de forma suficientemente, as questões éticas e morais, bem como as questões legais, sendo que o modelo de consentimento informado contém todos os requisitos exigidos.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, por que se encontram reunidos e descritos de forma clara e objectiva e, porque a metodologia não viola a ética e a legalidade, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente propõe que seja autorizada a recolha de informação através dos instrumentos anexos ao projecto, entrevistas, necessários à execução do estudo de investigação subordinado ao tema: " *Comunicação de Más Notícias: Vivências e dilemas vividos pelos Técnicos de Saúde e Pacientes*".

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

Assinatura

Maria Luiza Lopes
Responsável Serviço de
Formação e Investigação
Biblioteca e Documentação

Anexo(s):

Anexo III - Consentimento Informado

Consentimento Informado

Consentimento à Participação

Em Trabalho de Pesquisa sobre o Tema:

“Comunicação de Más Notícias em Contextos de Saúde”

O Meu nome é Débora Figueiredo Bicho, sou aluna do último ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Évora. Para finalizar o mestrado é necessário realizar uma dissertação de mestrado, que acrescente algo à minha formação de base, e que se relacione com um tema que me desperte interesse pessoal e profissional. Tratando-se de uma pesquisa relacionada com a área de saúde, pareceu-me interessante conhecer as características comunicacionais, vivências e os dilemas vividos por profissionais de saúde na comunicação de uma má notícia.

Para tal, gostaria que me concedessem uma entrevista acerca do assunto acima descrito. No caso de concordar em participar, informo-o desde já que a nossa conversa será absolutamente confidencial, na minha dissertação o seu nome e outros dados que possam identificá-lo serão criteriosamente ocultados. Apenas o relato da sua experiência e vivência será importante.

Para facilitar a entrevista e não lhe tomar muito tempo, peço-lhe que me permita usar o gravador. No entanto, caso a utilização deste aparelho o perturbe posso escrever o que me vai dizendo.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Débora Bicho

Portalegre, 2012

**Anexo IV - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 1:
Preparação da Comunicação de Más Notícias)**

Tema 1: Preparação da Comunicação de Más Notícias

Subáreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Entrevista A	Entrevista B	Entrevista C	Entrevista D	Entrevista E
1.1 - Aspectos Importantes e Determinantes na Preparação da Comunicação de Más Notícias	Influência do Contexto		<p>“A transmissão da má notícia é preparada dependendo muito do contexto onde estamos a trabalhar (...).” UR1</p> <p>“No INEM a transmissão da má notícia não tem tempo de ser preparada, por isso tenho de estar consciente da forma mais repentina de fazê-lo, mas ao mesmo tempo consciente e segura.” UR3</p>		<p>“(…) claro que o contexto onde estamos a trabalhar determina a forma como também nós fazemos (...).” UR2</p>		
	Individualidade dos Pacientes e Familiares		<p>“(…) quando estou de serviço no INEM, assim que chego ao local falo logo com a família, ou quem esta presente, e apercebo-me que esta receia o pior ou não, eu prezo muito esse primeiro contacto com a família, fico a saber o que aconteceu, como decorreu, e fico também a saber a percepção do filho, da</p>	<p>“A preparação da má notícia no meu caso em concreto depende da gravidade da situação e da própria personalidade do doente e da família.” UR1</p>			

			filha ou da esposa ou esposo têm sobre a gravidade da situação, para me preparar (...).” UR2				
	Conhecimento do Caso					“Tenho de ter em conta e presentes as informações clínicas daquele doente, conhecer o diagnóstico ou pelo menos as hipóteses de diagnóstico e dentro destas hipóteses os prognósticos possíveis.” UR1	“ (...) tenho de ter presente na minha mente todos os pormenores da doença que estes têm, para estar preparado para eventuais questões (...)” UR1
	Controlo das Emoções			“Tento estar sempre tranquila e acalmar-me, parecer o mais calma possível na transmissão da má notícia (...).” UR2			“(…) algumas vezes não me sinto preparado, mas sei que tenho de dar a má notícia, e sei que não posso transmitir o que sinto (...).” UR2
	Experiência		“ (...) a preparação é com base na minha		“Não preparo, com a experiência que		

			experiência (...)." UR4		tenho já vai saindo, não preparo nada de especial." UR1		
1.2 - Conhecimento e Aplicação de Protocolos de Comunicação de Más Notícias	Médicos que referem Conhecimento dos Protocolos	Conhecimento depois do Ingresso na Vida Profissional		<p>"Eu tenho, é um tema pelo qual me interessa, pelo que me tenho interessado (...)." UR3</p> <p>"Mas quando acabei o curso em 2002 há cerca de 10 anos, não havia nenhuma cadeira acerca deste assunto, a comunicação de más notícias não tinha normas nem protocolos, e depende na sua larga maioria, das habilidades sociáveis e do bom senso do médico que comunica a notícia." UR5</p>	<p>"Sim, há 3 ou 4 anos na minha faculdade começou-se a falar sobre isso." UR3</p>		

		Conhecimento da Existência e não do Conteúdo					
Médicos que não referem Conhecimento dos Protocolos		Por inexistência deste assunto na Universidade	“Não, quando acabei o curso, já há uns largos anos, não existia na minha escola nenhuma cadeira ou outro tipo de informação sobre este tipo de assunto, infelizmente.” UR5				
		Não Conhece				“Não conheço nenhum protocolo de comunicação de más notícias.” UR2	“Não, não tenho conhecimento.” UR3
		Não Conhece nenhum tipo de Protocolo mas Reconhece a Importância do Tema					
Aplicação dos Protocolos de Comunicação de Más Notícias		Conhece e Aplica os Protocolos		“Sim aplico, como digo conhecer e estudar a comunicação de más notícias ajudou-me em muitos aspetos.” UR6	“(...) vi que não era muito diferente da forma como eu fazia, não existia muitas diferenças para o que eu costumava fazer.” UR4		

		Consequências Positivas da Sua Aplicação		“No último ano do meu internato médico fiz um trabalho acerca da comunicação das más notícias em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos, e aprendi muitas coisas positivas e que me ajudaram a criar empatia com os doentes nestas situações.” UR4			
		Não Conhece mas Ponderava Aplicar se fosse de Encontro à forma como Atua	<p>“Se tivesse conhecimento teria que vê-lo bem, estudá-lo, ver se me fazia sentido, se seria diferente da forma como o faço, não acredito que seja muito diferente do que eu faço.” UR6</p> <p>“Se tivesse conhecimento destes protocolos, e se estes fossem de encontro à forma como ajo, ou seja, se também tivessem em conta as explicações que</p>				

			devem ser dadas aos pacientes, como deve ser feito, como explicar à família, explicar ao doente o porque de mandá-lo para outro médico, se estes tivessem isto em conta, penso que aplicaria, se fosse de encontro à forma como penso, como ajo eticamente e profissionalmente."UR7				
		Não Conhece mas Ponderava Aplicar dependendo de Determinadas Circunstâncias				"Poderia aplicá-lo ou não, dependia do contexto em que se trabalha, do doente e da sua família." UR3	
		Não Conhece mas Pondera Aplicar caso Respeita-se as Regras					"Mas se conhece-se penso que sim, pois deve respeitar e seguir as regras." UR4
		Não Conhece mas Pondera Aplicar Caso Concorda-se					
		Nunca Aplicava					

Tema 1: Preparação da Comunicação de Más Notícias

Subáreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Entrevista F	Entrevista G	Entrevista H	Entrevista I	Entrevista J
1.1 - Aspectos Importantes e Determinantes na Preparação da Comunicação de Más Notícias	Influência do Contexto						
	Individualidade dos Pacientes e Familiares		“(…) do conhecimento que tenho das pessoas, de cada doente que me chega, intuitivamente sei como lidar com eles (…)”. UR2	“A pessoa, ao fim de uma data de anos já tem a perceção dos doentes e familiares com quem se esta a falar, e vai-se falando tento a pessoa que temos à nossa frente, a sua forma de ser, personalidade (…)” UR1	“Nos cuidados intensivos tudo se passa muito mais rápido, tendo em conta a família que tenho a minha frente coloco a família num espaço à parte e ai sobre a pressão do momento e as características, o modo como esta se comporta no momento, porque normalmente as pessoas ai estão mais preparadas, eu vejo como eu de agir, como eu de falar (…)”. UR4	“Quando comunico a notícia aos doentes sobre uma patologia a preparação é diferente, ai já se pode falar em preparação, digo sempre primeiro à família, nunca ao doentes, tento sempre dizer à família mais próxima, porque tive doentes a quem disse que depois tentaram o suicídio, depois de eu ter dito o que se estava a passar”. UR4	“Depende da família e dos doentes, normalmente tenho em conta a família a quem me vou dirigir, pois em primeiro lugar conto à família e só depois avalio as capacidades e suporte que o doente tem para suportar a má notícia, falo sempre a sós com a família”. UR2
	Conhecimento do Caso						“Preparo a transmissão da má notícia, tentado enquadrar a

							realidade da patologia e tento reunir toda a informação que tenho, ter à mão toda a informação que reuni acerca daquela doente que acompanho e a quem vou transmitir a má notícia". UR1
	Controlo das Emoções				<p>"Mas antes tento sempre que seja num período no qual eu não esteja sobre pressão, ou seja, tento que a transmissão não seja dada nas consultas, costumo marcar sempre uma hora mais específica para a anunciar uma má notícia (por exemplo um cancro do pulmão)." UR2</p> <p>"Preciso estar disponível e saber controlar as minhas emoções, e o que sinto em geral, costuma dar as más notícias</p>		

					nas extremidades do meu dia de trabalho". UR3		
	Experiência		<p>"Habitualmente não faço nenhuma preparação, faço-o de maneira intuitiva, fruto da minha experiência (...) faço-o intuitivamente, não tenho nenhuma forma definida (...)" UR1</p>	<p>"A preparação que pode existir é uma preparação muito rápida, porque com a experiência a pessoa adquire uma maneira de fazer as coisas e tem-se a certeza que esta maneira funciona". UR2</p>	<p>"Não preparo, não tenho nenhum esquema, é fruto da experiência". UR1</p>	<p>"Não preparo a comunicação, faço-o espontaneamente, o que tem de ser dito, é dito, é assim que eu trabalho, a minha experiência ensinou-me a trabalhar assim (...)". UR1</p>	<p>"Os anos dão-nos experiência e com o tempo que passa tenho mais facilidade e tento apropriar a notícia à pessoa." UR3</p>
1.2 - Conhecimento e Aplicação de Protocolos de Comunicação de Más Notícias	Médicos que referem conhecimento	Conhecimento depois Ingresso na Vida Profissional					
		Conhecimento da Existência e não do Conteúdo	<p>"Tenho conhecimento, mas não tenho formação." UR3</p> <p>"(...) nunca tive oportunidade de ler nenhum protocolo, penso que toda a informação é preciosa, contudo, não</p>			<p>"Tenho conhecimento que existe, mas nunca li, eu não gosto de fazer a coisa difícil, por isso eu acho que uma transmissão que tem que se dar, tem que se dar e pronto (...)". UR2</p>	

			sei se concordaria com tudo o que está escrito, mas o conhecimento não ocupa lugar.” UR4				
Médicos que não referem Conhecimento	Por inexistência deste assunto na Universidade						
	Não Conhece				“Não, nunca tive conhecimento de nenhum tipo de protocolo”. UR5		“Não, não tenho conhecimento de nenhum tipo de protocolo.” UR4
	Não Conhece nenhum tipo de Protocolo mas Reconhece a Importância do Tema			“Conhecimento não, mas sei que agora se fala muito acerca disso, mas sei também que há diferentes maneiras de se pensar acerca disso.” UR3			
Aplicação dos Protocolos de Comunicação de Más Notícias	Conhece e Aplica os Protocolos						
	Consequências Positivas da						

		Sua Aplicação					
		Não Conhece mas Ponderava Aplicar se fosse de Encontro à forma como Atua					
		Não Conhece mas Ponderava Aplicar dependendo de Determinadas Circunstâncias		“(…) se acha-se alguma coisa bem aplicava, mas temos de ter em conta que cada pessoa reage de diferentes formas, e que a forma como este é aplicado a esta ou aquela paciente teria de ser diferente, pois cada uma filtra a informação de forma diferente.” UR4			
		Não Conhece mas Pondera Aplicar caso Respeita-se as Regras					“Quase de certeza, tendo em conta as suas regras e diretrizes, claro.” UR5
		Não Conhece mas Pondera Aplicar Caso Concorda-se			“Sim, sem dúvida, claro se concorda- se com os princípios.” UR6		
		Nunca Aplicava					“Não, mesmo se os

						<p>lê-se não aplicava, continuo sempre a trabalhar seguido a minha escola, a ética da minha escola, nunca transmitir primeiro ao doente, sempre primeiro à família (...)" UR5</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo V - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 2:
Processo de Comunicação das Más Notícias)

Tema 2: Processo de Comunicação das Más Notícias

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevista A	Entrevista B	Entrevista C	Entrevista D	Entrevista E
2. Processo de Comunicação das Más Notícias	Ambiente			“Previamente procuro sempre que isso aconteça num ambiente calmo, onde não existam distrações e onde o doente e os familiares se sintam calmos.” UR2	“Normalmente sento-me com eles, num ambiente tranquilo, para não sermos interrompidos (...)” UR2	“(…) num gabinete isolado (...) levo-o à sala de tratamentos e falo com ele, se não ter o cuidado de puxar o cortinado para falarmos mais privado.” UR1	
	Destinatário da Comunicação	Centrada no Doente	“A má notícia é comunicada frente a frente, eu comuniquei que tinha um tumor, possivelmente com mau prognóstico, cara-a-cara com a paciente (...)” UR2	“As más notícias são quase sempre comunicadas oralmente, centrada no doente (...)” UR1		“Primeiro costuma informar sempre o doente (...)” UR2	
		Centrada na Família			“(…) comunico preferencialmente à família, só comunico aos pacientes, se não tenho outra alternativa, só lhes comunico se eles perguntarem (...)” UR1		“Às vezes não informo o doente em si, devido à idade ou ao estado geral da pessoa, por exemplos doentes acamados, a família normalmente pede para estes

							não saberem, porque a pessoa é depressiva, deixava-se ir logo abaixo ou porque já tem uma certa idade e não ia compreender.” UR1
	Adaptação da Linguagem ao Paciente		<p>“ (...) não digo que tem um cancro e que vai morrer dentro de dois meses, digo que a situação não é fácil, mas vamos tentar ver o melhor para si, dar-lhe qualidade de vida, dar-lhe um tratamento holístico.”UR10</p> <p>“ (...) a linguagem que usamos também deve ser adequada ao tipo de paciente, à sua cultura, berço, podendo ser mais simples ou mais elaborada e técnica (...)”UR14</p>	<p>“Tenho em conta a adaptação da linguagem às habilitações culturais do doente e dos seus familiares, é diferente explicar a um agricultor ou a um pedreiro, cujo grau de instrução.”UR9</p>	<p>“ (...) nunca digo a palavra da doença se é um tumor não digo, digo que é uma coisinha.”UR3</p> <p>“ (...) a linguagem também tem de ser adequada (...)”UR5</p>		<p>“ (...) utilizando as palavras certas, digo ao Sr. que tem uma massa que não é muito boa e se não tiramos já, pode provocar consequências negativas, más.”UR2</p>
	Respeito		<p>“ (...) perguntei se queria a presença</p>			<p>“ (...) se o doente tiver</p>	<p>“Se normalmente</p>

	pelelo Paciente	Presença ou Ausência da Família	do marido (...)" UR3 "(...) se a pessoa quiser que chamo a família eu chamo (...)" UR5			capacidade e manifestar interesse em que a família saiba e a família quiser saber digo." UR3	acontece que o doente quer envolver a família tudo bem, se não quer eu respeito e não envolvo." UR7
O que deseja saber		"Tenho em conta o que o paciente e a família desejam saber, se querem uma informação pormenorizada ou não." UR6		" (...) mas há casos em que os doentes querem saber e aí eu conto (...)" UR6	" (...) se o doente disser que não quer saber do que se trata eu respeito e não conto." UR4		
Realizar ou Desistir da Terapêutica							
Respeitar o Nível de compreensão		Procuro saber até que ponto o doente está ciente da situação, grau de consciência e a partir daí vou dar-lhe a informação que acho pertinente, tenho em conta a literacia do paciente grau de compreensão (...)" UR12		" (...) o grau de educação é baixo e isso deve ser levando em conta (...)" UR4 " (...) quando estão no internamento pergunto, o Sr. sabe porque esta cá? (...)" UR9			
Momento da Comunicação da Má Notícia			"(...) a situação patológica do doente é abordada logo que haja indícios ou	" (...) quando uma pessoa vem fazer exames, porque não se sente bem, é uma situação de	" Quando acontece uma urgência, a informação é dada na hora, ao	" (...) quando suspeito de algo digo ao doente o que suspeito, mas refiro e	

				confirmações de diagnósticos.” UR 4	urgência, as más notícias são abordadas e comunicadas mais rapidamente.” UR1 1 “ (...) quando tenho a certeza que a má notícia é certa, quando já tenho os exames todos, e já sei explicar tudo sobre o diagnóstico e prognóstico.” UR12	doente.” UR10 “No internamento, (...) vou preparando pouco a pouco a pessoa, depois de recolhidos os exames analiso, explico à pessoa o que penso que pode ser (...)” UR12	explico logo que eu suspeito porque há já alguma coisa que me permite suspeitar, mas que enquanto não vier o diagnóstico não confirmo (...)” UR8 “ (...) dou a má notícia quando tenho as informações reunidas e o diagnóstico confirmado.” UR 9
	Informações a Transmitir	Tipo de Informação	“ (...) explica-se ao doente o que se passa, o que poderá ser, (...) o que se esta a resolver, ou o que se precisa de fazer para se resolver, ou se o caso for mais grave e o doente não tiver possibilidade de melhorar explicar a necessidade e importância de um cuidado paliativo.” UR1	“ (...) na comunicação do diagnóstico ao doente, extensão e gravidade da situação clínica, terapêuticas que se podem realizar e prognóstico a longo/médio prazo.” UR3		“Explico a situação clínica, explico os resultados dos exames que anteriormente já tinha explicada porque os pedia e explico cada resultado detalhadamente.” UR8	“Digo ao doente todas as informações dos exames que tenho comigo (...) se existe alguns exames que tem ainda de fazer explico para que servem, (...) explico a possibilidade de poder existir metástases noutras locais

							(...)"UR3 " (...) quando o doente tem de fazer tratamentos antes ou depois da cirurgia, explico o porque de ter de fazer os tratamentos (...)"UR4
		Quantidade de Informação		" (...) procuro dar sempre a globalidade da informação, se tenho ou não um plano terapêutico pelo qual possa optar (...)"UR6	"À família normalmente costumo passar toda a informação (...)" UR7 " (...) ao doente vou dando pouco a pouco." UR8	" (...) toda a informação que temos é prestada ao doente (...)o doente tem o direito de saber o que se passa com ele, e com o seu corpo."UR11	
	Apoio Emocional	Ao Doente		" (...)preocupa-me o apoio emocional ao doente (...)" UR7	"Tento nunca tirar todas as esperanças, mesmo quando elas não existem." UR5	" (...) tento mostrar sensibilidade para com este (...)"UR15	" (...) se este trabalha não deixar que este abandone o seu trabalho, o que o faz feliz, apoia-lo na luta contra a sua doença (...) e em todos as consequências ou situações que esta pode provocar."UR12
		Aos	" (...) procuro que a	" (...) dar apoio à			

	Familiares	própria família também tenha apoio emocional, pois entregam a vida do doente nas mãos do médico.” UR8	família (...)” UR8			
Disponibilidade dos Médicos	Para os Doente	<p>“ (...) que não iria abandoná-la de forma nenhuma (...)” UR4</p> <p>“Em relação ao doente, prezo o acompanhamento que lhe vamos dar no futuro, nunca abandoná-lo (...)” UR9</p>			<p>“ (...) perguntar sempre se tem dúvidas que eu esclareço ou se quer falar sobre o que se passa.”UR7</p> <p>“ (...) no dia a seguir a má notícia passo sempre para ver o doente (...)” UR14</p> <p>“ (...) estar mais tempo junto dele, e passar lá mesmo naquele dia e nos posteriores para ele ver que continue presente.” UR16</p>	<p>“ (...) mas nunca abandone o doente.”UR6</p>
	Para os Familiares	“Parto sempre do princípio que a família tem de ser informada e disponibilizo o meu				

			<p>telemóvel para monitorizar toda a informação todos os dias.” UR11</p> <p>“ (...) nunca na minha profissão, deixei um familiar sem ele ver o doente, sem ele fazer as mil e uma perguntas que tem a fazer sobre o que aconteceu, ouvir as queixas, compreender a revolta (...)” UR13</p>				
	Estimular a Participação do Paciente		<p>“ (...) o doente e a família têm o direito de saber tudo o que se passa com ele (...)” UR15</p>			<p>“ (...) mas refiro sempre que se o doente quiser eu dou-lhe os exames e a pessoa vai ouvir uma segunda opinião.” UR6</p> <p>“ (...) e se o doente não escolher a minha opinião posso escolher outra e em conjunto com o doente analisá-las.” UR9</p>	<p>“ (...)envolver o doente ao máximo naquilo (...) que lhe comuniquei (...)” UR11</p>
	Acompanhar o Paciente				<p>“Já com os exames na mão,</p>	<p>“(…) acompanhe,</p>	

	no Futuro				tenho de dizer á pessoa que tem uma coisinha, temos de voltar a fazer exames para vermos melhor o que se passa, preparo o doente para o passo seguinte, não digo logo tudo (...)"UR10		planeamos logo novos encontros (...)"UR5
	Importância atribuída ao paciente		<p>"Fator mais importante é o doente (...)" UR7</p> <p>" (...) e o doente é o mais importante na nossa perspetiva, é para ele que trabalhamos." UR16</p>	<p>" (...) a estabilidade emocional do doente, o apoio e o interesse familiar (...) momento propício para comunicar a má notícia (...)" UR5</p>	" (...) a pessoa em si (...)"UR13	"O doente é o fator mais importante (...)" UR13	<p>"O doente sem dúvida, o seu grau de diferenciação, o apoio do seu núcleo familiar, consequências que isso vai ter na sua vida futura (...)"UR10</p> <p>"Aspeto mais importante é não deixar que o doente se abandone a si mesmo, se deteriore."UR13</p>

Tema 2: Processo de Comunicação das Más Notícias

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Entrevista F	Entrevista G	Entrevista H	Entrevista I	Entrevista J
2. Processo de Comunicação das Más Notícias	Ambiente				“ (...) o ambiente sereno, mais sereno possível (...)” UR13	“(…) levo-os para um sítio mais resguarda-lo (...)” UR2	
	Destinatário da Comunicação	Centrada no Doente			“ (...) mas os mais novos comunico a eles, pessoas informadas comunico primeiro a eles.” UR4		“No contexto de consulta externa, como os doentes vem sempre, o falar com a família a sós não acontece muito, por isso aqui tenho sempre de falar na presença do paciente.” UR6
		Centrada na Família			“ (...) quando são idosos comunico primeiro à família (...)” UR3	“ (...) nunca transmito primeiro aos doentes, sempre à família (...)” UR1	“ (...) lá em cima no internamento falo sempre primeiro com a família, nunca com o doente.” UR5
	Adaptação da Linguagem ao Paciente		“Se eu vejo que é uma pessoa que não tem conhecimento utilizo determinada linguagem (...)” UR2			“ (...) temos de adequar a linguagem ao contexto da família e dos pacientes, não usar palavras	“Não emprego palavras profissionais porque acho que as pessoas não vão entender

						técnicas, ou não dizer que tem uma doença grave ou incurável.” UR4	(...)” UR1
Respeito pelo Paciente	Presença ou Ausência da Família		“ (...) se o doente não quer respeito, digo à família que o doente não quer que eles saibam (...)” UR4	“Se o doente não quiser que conto à família eu respeito.” UR5			
	O que deseja saber	“ (...) pergunto se sabe o que tem, porque esta neste serviço, para conhecer qual o tipo de informação que o paciente quer.” UR3	“Avalio primeiro, percebemos rapidamente que há doentes que não querem pormenores (...)” UR1 “ (...) quando a pessoa quer saber, pergunta diretamente e a forma como ela pergunta vejo que quer mesmo saber (...)” UR2 “ (...) apercebo-me que os doentes querem saber só algumas coisas, e o que mais interessa é os tratamentos e se tem	“ (...) comunico de acordo com o que a outra pessoa quer saber (...)” UR2			

				tratamento.”UR7			
		Realizar ou Desistir da Terapêutica	“Quando o doente se recusa a fazer os tratamentos, explico os riscos, o que pode acontecer, mas aceito a decisão dele.” UR5				
		Respeitar o nível de compreensão	“ (...) tenho de avaliar o paciente, grau de diferenciação (...)”UR1		“Não comunico da mesma maneira para todos, tenho em conta a personalidade grau de literacia (...)” UR1 “ (...) sou direto em função da pessoa que tenho à minha frente, (...) de acordo com o que esta vai ou não compreender (...)”UR6		“Como os doentes têm uma escolaridade muito baixa, não posso dizer que tem um tumor ou uma neoplasia, porque estes não sabem o que é isso.”UR3
	Momento da Comunicação da Má Notícia		“É logo na primeira consulta, quando estes não sabem e quando sabem.” UR10	“Mesmo não tendo o diagnóstico, refiro que tenho uma suspeita que até se pode não confirmar (...)”UR9	“Quando tenho o diagnóstico (...)”UR11	“Só quando tenho o diagnóstico correto (...)”UR5	“Quando tenho a certeza do diagnóstico.”UR4
	Informações a Transmitir	Tipo de Informação	“ (...) não dou a informação de tudo, explico o que já foi feito, e como foi (...)” UR6	“Não dou a informação toda na primeira consulta, tento dar a informação mais	“ (...) digo que há um resultado que não é muito bom, existe uma lesão, e discutimos o	“A informação que dou é uma informação simples (...)”UR3	“Tento dar uma informação sobre o caso, sobre o que se esta a

				<p>simples, para dar tempo à pessoa para pensar, para filtrar a informação (...)" UR5</p> <p>"Uma situação em que não há nada a fazer o tumor está espalhado eu não digo à doente que já não há vida, digo que não há muitas esperanças." UR8</p>	<p>prognóstico (...)" UR7</p> <p>"Informo sobre o tipo de lesão, proposta de tratamento (...)" UR10</p>		<p>passar(...) dizer que tem um problema ou uma ferida, se é ou não uma situação complicada." UR 2</p>
		Quantidade de Informação	<p>" (...) há medida que a doença evolui a informação é dada conforme a evolução da patologia." UR8</p>				<p>"Tento dar a notícia de forma gradual, primeiro enquadrar os familiares ou o paciente no contexto, referir a sua gravidade, e qual o desfecho ou os tratamentos que podemos iniciar." UR10</p>
	Apoio Emocional	Ao Doente	<p>" (...) se necessita de ajuda, tendo conhecido os seus medos, estado de ansiedade, para poder apoiá-lo."</p>	<p>" (...) quando a pessoa não está com coragem para lutar, não está pronta, aí ajudo-a, conto casos de</p>	<p>" (...) e dar apoio à pessoa." UR9</p>		<p>" (...) tento dar a notícia de forma a estimulá-lo para o futuro, para a batalha que se adivinha</p>

			UR4 “ (...) preparo o apoio psicológico, pergunto se quer, se não quer, se esta preparado, e o que pode acontecer ai.” UR5	sucesso, e dou todas as esperanças que a doença irá ser curável.” UR3			e de forma a que este (...) não percam as esperanças.” UR7
		Aos Familiares					“ (...) tento dar a notícia de forma a estimula-lo para o futuro, para a batalha que se adivinha e de forma a que (...) ou a família não percam as esperanças.” UR8
	Disponibilidade dos Médicos	Para os Doente	“ (...) a qualquer momento explico as suas preocupações ou dúvidas, pois este esta sempre a tempo de as colocar.” UR9	“ (...) quando se dá a má noticia, é importante deixar uma porta aberta, para que a pessoa fale, ou telefone quando surgir alguma dúvida (...)” UR11	“ (...) tento ter a maior disponibilidade possível para poder responder a todas as dúvidas, questões (...)” UR8		
		Para os Familiares					
	Estimular a Participação do Paciente		“ (...) decidir com eles os tratamentos, acho que os	“Quando existe mais opções, por exemplo dois			

		doentes deviam ter esse poder, o poder devia estar na mão do doente, poder sobre si próprio (...)" UR7	tratamentos que podem ser feitos, então explico ao doente e com este compartilho a decisão." UR6			
Acompanhar o Paciente no Futuro						
Importância atribuída ao paciente		"Doente é realmente o fator mais importante (...)" UR11	" (...) preocupe-me e prezo muito a compreensão do doente (...)" UR10	"O paciente, natureza da sua doença, enquadramento cultural e pessoal do doente, a idade é muito importante e as expectativas deste (...)" UR12	"Único fator é o fator psicológico do doente (...)" UR6	"O paciente, o seu suporte (...)" UR9

Anexo VI - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 3:
Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos)

Tema 3: Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos

Subáreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Entrevista A	Entrevista B	Entrevista C	Entrevista D	Entrevista E
3.1. Fatores Geradores de Impacto Emocional	Idade		“ (...) nas crianças têm mais impacto que num adulto.” UR1	“Se a pessoa é mais nova e mais próxima à minha geração custame sempre mais, acabamos por nos sentir refletidos nas situações e nas pessoas.” UR2			“ (...) não é a mesma coisa dar uma má notícia a um doente velhote do que dar a um doente novo.” UR1
3.2. Sentimentos/Emoções Gerados pelo Impacto de Comunicar uma Má Notícia	Tristeza			“ (...) nenhum de nós gosta de ser portador de más notícias, nos dias que precedem a comunicação das más notícia, algumas vezes, fico um pouco mais triste, penso mais na vida e na inevitabilidade da morte.” UR1	“Às vezes, tenho de chorar, há vezes que me envolvo muito (...)” UR2	“As más notícias são sempre difíceis para toda a gente, ficamos mais sensibilizados, tristes, vivo um pouco o que o doente está a viver (...)” UR1	“Fico mal quando comunico uma má notícia a uma pessoa (...)” UR2 “ (...) em mim pode repercutir alguma coisa, fico mais triste (...)” UR6
	Medos e Dificuldades		“ (...) não tenho medo, nem receio (...) a dificuldade que encontro é que às vezes a minha mensagem não chegue ao recetor”. UR4	“ (...) tenho sempre receio de não ser suficientemente clara, de não conseguir que me entendem, que as minhas palavras sejam mal interpretadas ou que na altura, as pessoas fiquem tão desorientadas que pesam e interpretam as		“ (...) sinto medo que o doente não reage bem (...)” UR5	“Não tenho medo, porque tento explicar como são as coisas (...)” UR5

				minhas frases de outra forma.” UR4 “Tenho sempre medo das reações dos familiares (...)” UR5			
	Não Conseguir Esquecer o Caso						“Vou para casa a pensar nisso e lembro-me da pessoa todo o dia, tenho-a presente no meu pensamento e isso marca-me.” UR3
	Stress		“Não, já tenho muita experiência, no princípio da minha carreira era capaz de sentir algum stress, agora não.” UR7	“ (...) o veicular da informação (...) de uma má notícia desencadeia sempre stress.” UR7	“ (...) por o stress que muitas vezes estamos sujeitos no trabalho.” UR3	“ (...) o dar a má notícia tem repercussões ao nível pessoal provoca nervosismo, irritação.” UR6	“ (...) pode desencadear um stress pontual, mas não posso estar sempre a pensar porque senão não consigo cuidar de todos os pacientes.” UR9
3.3. Gestão do Impacto Emocional	Partilha Emoções	Com a sua Família	“Partilho com os outros com a família.” UR3	“ (...) se me sinto mais angustiada, mais ansiosa ou mais triste com uma determinada situação em concreto, posso desabafar contar ao meu marido e habitualmente			“Quando chego a casa e tenho tido um dia muito complicado, aí comento com a minha mulher

				melhor.” UR6			(...)” UR8
	Com a Equipa		“ (...) como trabalho sempre em equipa, na viagem de regresso falamos muito sobre o caso, como nos sentimos, o que correu bem o que correu mal, e o que podia ter corrido melhor.” UR2				
	Ter a Consciência Tranquila				“ (...) aprendi que tenho e faço tudo para salvar o doente, porque quando acontece o pior tenho de ter a consciência tranquila que tudo foi feito, que fiz tudo o que devia fazer.” UR1		
	Separar a Vida Privada da Vida Profissional Lições de Vida			“ (...) quando chego a casa, tento desligar mais, estar mais ocupada, pensar menos, não falar, mas às vezes é impossível.” UR3	“ (...) distraio-me e penso na minha vida e nas coisas que tenho de fazer, tento relaxar, esquecer o trabalho.” UR4	“Não costumo deixar as situações transparecerem, guarde-as para mim (...) não posso deixar que interfiram no resto da minha vida.” UR4	“ (...) brinco, jogo e diverti-me com o meu filho, faço desporto, ouço música para me distrair e não pensar nas coisas.” UR4 “ (...) os meus problemas que tenho lá fora do hospital ficam à

							porta, mas o contrário já não se passa, se aquele doente que vai ter alta, já não a pode ter porque agudizou então eu levo isso comigo (...)" UR7
	Aprender com os Erros e a Experiência		<p>" (...) se voltar a acontecer uma situação igual ou parecida a que vivi, vou sempre aprendendo (...)" UR5</p> <p>"Vejo os livros, estudo, revejo, vou pedir opiniões, aprendo muito com os erros, o caso não termina ali, se eu acho que podiam ter sido feitas outras coisas, informo-me, vou à procura. UR6</p>			<p>" (...) algumas situações ficam guardadas para toda a vida, e são estas que nos fazem amadurecer no contexto de trabalho e na nossa vida pessoal (...)" UR2</p> <p>" (...) cada caso ensinamos uma coisa, com base num caso podemos depois agir melhor de outra forma." UR3</p>	

Tema 3: Vivências Pessoais e Emocionais dos Médicos

Subáreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Entrevista F	Entrevista G	Entrevista H	Entrevista I	Entrevista J
3.1. Fatores Geradores de Impacto Emocional	Idade				“Às vezes envolvo-me emocionalmente de mais, situações em que há pessoas em idades ativas e vejam a sua vida e a da família alteradas (...)” UR1	“ (...) se a pessoa tem ou na uma vida pela sua frente, isso é diferente do que dar a uma pessoa mais velha que já tem poucos anos pela frente.” UR3	
3.2. Sentimentos/Emoções Gerados pelo Impacto de Comunicar uma Má Notícia	Tristeza		“ (...) mas sinto-me triste, (...) não é simplesmente um caso clínico, é a pessoa x, que eu conheço, sei quem é e estou a ver a cara dela.” UR2		“ (...) particularmente, eu também sofro (...)” UR2	“Quando temos de dar a má notícia apetecia estar calado, pois é um impacto realmente muito negativo, triste (...)” UR1 “ (...) perco toda a vontade de enfrentar a vida, perco a minha atitude positiva, perco a vontade de fazer tudo.” UR2	
	Medos e Dificuldades			“Não sinto (...)” UR5	“Às vezes tenho medo de ser mal-entendido.” UR6	“Não tenho (...)” UR5 “Não tenho medo da forma como vão reagir, mas a transmissão é um	“ (...) sinto dificuldades porque não gosto de fazer os outros sofrer, e a má notícia que transmito faz

						pouco difícil.” UR8	sempre as pessoas sofrerem e essa é a maior dificuldade que encontro.” UR3
	Não Conseguir Esquecer o Caso				“ (...) às vezes levo para casa (...)” UR3	“ (...) levo sempre a situação no meu pensamento (...)” UR6	
	Stress		“Não (...)” UR6	“É um stress momentâneo, mas é um stress que se lida bem, baseado na experiência.” UR7	“Na altura pode acontecer mas procura minimizar.” UR7	“Sim, antes e depois da transmissão da má notícia, antes porque é uma notícia má que temos de transmitir e por ser eu o transportador.” UR7 “A minha experiência provocou-me um stress crónico, mas penso que já estou formatado para tal.” UR9	“Pode ser considerado uma tarefa constrangedora, mas faz parte da nossa profissão, e não pode causar stress (...)” UR5
3.3. Gestão do Impacto Emocional	Partilha Emoções	Com a sua Família	“ (...) em casa desabafo (...)” UR5	“Em casa tento não falar dos meus problemas do trabalho (...)” UR4	“ (...) falo com a minha mulher preservando o anonimato (...)” UR4	“ (...) em casa nunca falo sobre isso.” UR4	“ (...) falo com a minha filha de 8 anos sobre a naturalidade da vida, da morte, sinto necessidade de falar com ela

							sobre isso (...)” UR4
		Com a Equipa	“ (...) falamos sobre as coisas em equipa (...) falar sobre o que esta mal ou menos bem é essencial.” UR7				
	Ter a Consciência Tranquila						
	Separar a Vida Privada da Vida Profissional		“ (...) obviamente que a gente cria mecanismos de defesa, (...) há momentos que se desliga, não sou parva, na minha vida a pessoa que eu sou, eu tento sublimar.” UR1 “ (...) entusiasmo- me com pequenas prazeres, como o de ver uma planta a crescer, ver uma ovelha a dar cabo da estrutura, cozinhar, viajar, ler, mas especialmente	“ (...) nós na medicina aprendemos a protegermos, aprendemos a desligar disso (...)” UR1 “ (...) mas temos de pensar que não é a minha família é a minha profissão.” UR2 “Lá fora, passeio, leio, trato do jardim, trato da casa, desligo completamente, tento estar noutra.” UR3			“Tento fazer a minha vida normal, ando a cavalo, que é uma coisa que gosto muito, gosto de observar a natureza (...)” UR2

			<p>pensar sobre as coisas (...)" UR3</p> <p>" (...) mas sei que isso não pode prejudicar a forma como estou em casa, com a minha família (...)" UR4</p>	<p>" (...) não posso deixar que interfira com a minha família e comigo é só na altura, mas tenho de conseguir desligar." UR6</p>			
	<p>Aprender com os Erros e a Experiência</p>				<p>" (...) sei que já fiz muitas coisas que não foram bem-feitas e uso isso para fazer as coisas melhores." UR5</p>		<p>" (...) tento que os êxitos que tenho noutros casos tampam os fracassos, mas a gente lembra-se sempre do que corre mal, sempre." UR1</p>

Anexo VII - Unidades de Registo: Sinopse das Entrevistas dos Médicos (Tema 4:
Principais Dilemas Éticos e Questões Éticas Vividos pelos Médicos)

Tema 4: Principais Dilemas Éticos e Questões Éticas Vividos pelos Médicos

Subáreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Entrevista A	Entrevista B	Entrevista C	Entrevista D	Entrevista E
4.1. Não Existência de Dilemas	Nunca Viveu		“Não, não me recordo...” UR1		“Não, não vivi”. UR1	“Não, não me recordo nenhum dilema que tenha vivido”. UR1	“Não, não creio.” UR1
4.2. Existência de Dilemas	Viveu mas Não se Recorda						“
	Não Identificados						
	Tipo de Dilema	Aspetos Profissionais VS Afetos		“ (...) recentemente aconteceu-me ter de comunicar uma má notícia a alguém de quem gosto e por quem me preocupo (...) a minha obrigação de médica era ser completamente honesta, mas esta pessoa olhava-me como que a pedir que o panorama/situação não fosse tão má quanto o esperava (...)” UR1			
			“Vi-me dividida				

				entre o profissional de saúde que tem de ser objetivo e o amigo que deve apoiar os seus amigos". UR2			
	Resolução			"Fui o mais honesta possível (...) tentei ser o mais objetiva possível, mas sem deixar de lhe mostrar que seria absolutamente necessária uma biopsia para termos a certeza do que seria aquela imagem." UR3			

Tema 4: Principais Dilemas Éticos e Questões Éticas Vividos pelos Médicos

Subáreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Entrevista F	Entrevista G	Entrevista H	Entrevista I	Entrevista J
4.1. Não Existência de Dilemas	Nunca Viveu					“Não...” UR1	“Não, não me lembro de nenhum dilema”. UR1
4.2. Existência de Dilemas	Viveu mas Não se Recorda		“Já vivi certamente, mas não consigo especificar um, não me recordo, quem não vive”. UR1				
	Não Identificados	Problemas e Dificuldades		“Já, uma Sr. que teve horas na consulta, não queria ser operada e eu tive de convencê-la a ser operado em tempo útil (...) o marido não queria que ela fosse operada e eu disse se não é operada morre daqui a um ou dois meses (...)” UR1 “(...) e depois comunico à polícia que o senhor sabia que ela podia	“Sim, uma vez um Sr. que não queria ser operado, informei as pessoas, o doente e família das consequências negativas que podiam acontecer e a pessoa nem sequer quis saber nada de operações, eu respeitei a vontade.” UR1 “(...) informei devidamente e este decidiu por si. UR2		

				morrer e não queira que ela fosse operada (...) ele às tantas olhou para mim e diz então se ela quiser eu já não me oponho (...) marquei a operação e avisei que se ela não estivesse aqui no dia x enviava os dados todos para a polícia." UR2			
	Tipo de Dilema	Aspetos Profissionais, VS Afetos					
	Resolução						

