



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL**



MARIANNA LOPES MONTEIRO

**O MANEJO DE SITUAÇÕES E COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ**

Rio de Janeiro

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

MARIANNA LOPES MONTEIRO

<http://lattes.cnpq.br/7289094424053333>

**O MANEJO DE SITUAÇÕES E COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal, da Universidade Federal do Rio de Janeiro da Maternidade Escola, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Schargel Maia

<http://lattes.cnpq.br/6412027675660806>

Rio de Janeiro

2020

M775 Monteiro, Marianna Lopes.

O manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Maternidade-Escola da UFRJ/ Marianna Lopes Monteiro -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2020.

139f. ; 31 cm.

Orientadora: Marisa Schargel Maia.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Perinatal) –Universidade Federal do Riode Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2020.

Referências bibliográficas: f. 80

1. Comunicação . 2. Maternidade. 3. Saúde do trabalhador. 4. Saúde Perinatal – Dissertação. I .Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o motivo de tudo.

Aos meus pais, pelo sustento, incentivo, dedicação e paciência.

À minha família, pelo apoio, crédito e exemplo.

Às minhas avós, por cada carinho e ternura demonstrada.

Aos amigos, por oferecerem espaço de troca e escuta.

Aos professores, por transmitirem, além do conteúdo, o amor e a paixão que exercem pela profissão.

RESUMO

MONTEIRO, Marianna Lopes. **O manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ**. Orientador: Marisa Schargel Maia. 2020. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A comunicação de notícias difíceis na área da saúde necessita de preparo e sensibilidade por parte do profissional. Tal prática faz parte da atuação de qualquer profissional de saúde, sendo um conteúdo indispensável em sua formação. A experiência de uma notícia difícil em uma maternidade possui especificidades que podem afetar a todos os envolvidos no processo, já que a própria vivência da gestação é um período de transformações como ambivalência afetiva e mudança no papel social dos pais, sendo presente os sentimentos de despreparo na função, medo e ansiedade. Não obstante, não se pode ignorar os próprios sentimentos do profissional de saúde que, frente ao não preparo na prática do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, pode adoecer diante da frequente exposição aos casos. Estar mais capacitado a desenvolver esta habilidade é de extrema importância para uma melhor oferta do cuidado e acolhimento ao paciente, assim como ao próprio profissional e sua equipe. O objetivo deste trabalho foi conhecer as estratégias individuais e coletivas dos profissionais de saúde no manejo de situações e na comunicação de notícias difíceis nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ. Foi realizada uma pesquisa qualitativa compreensivista nos temas de comunicação de notícias difíceis, saúde do trabalhador e maternidade; e análise do discurso nas entrevistas com os profissionais de saúde. Na pesquisa comprovou-se que o manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis ainda é pouco apresentada e discutida nos cursos de graduação, congressos e instituições de saúde, o que faz com que sua prática ainda seja um desafio para o profissional acarretando-lhes repercussões em sua saúde emocional. Também foi verificada na pesquisa a importância de um maior investimento na saúde emocional do profissional de saúde e a necessidade de criação de um espaço para que eles possam ser cuidados e acolhidos.

Descritores: Comunicação. Maternidade. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Health communication depends on the health professional's preparation and sensitivity, especially when he needs to communicate difficult news. Such practice is part of the work of any health professional, being an indispensable content in their training. The experience of giving difficult news in a maternity hospital has specificities, which can affect everyone involved in the process, since the pregnancy itself is a period of transformations such as affective ambivalence and change in the social role of parents, with feelings of unpreparedness in function, fear and anxiety. There are also the feelings of the health professional that, due to the lack of preparation in the practice of handling situations and communicating difficult news, may become ill in consequence of the frequent exposure of cases. Being able to better develop this skill is extremely important for a better offer of care and welcoming to the patient, as well as to the health professional and his team. The objective of this work was to know the individual and collective strategies of health professionals in the management of situations and the communication of difficult news in the sectors of Neonatal Intensive Care Unit and Fetal Medicine at UFRJ Maternity School. Comprehensive qualitative research was carried out on the topics of communication of difficult news, worker health and motherhood; and discourse analysis in interviews with health professionals. In the research it was proved that the handling of difficult situations and the communication of difficult news is still little presented and discussed in undergraduate courses, congresses and health institutions, which makes their practice still a challenge for the professional causing them repercussions on your emotional health. It was also verified in the research the importance of a greater investment in the emotional health of the health professional and the need to create a space for them to be cared for and welcomed.

Descriptors: Communication. Maternity. Worker's health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Objetivos	10
1.1.1 Objetivo Geral.....	10
1.1.2 Objetivos Específicos	10
1.2 Justificativa	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 Aspectos psíquicos da gestação	12
2.2 O Manejo de situações e comunicação de notícias difíceis	21
2.2.1 Comunicação em saúde	21
2.2.2 O manejo e comunicação de notícias difíceis em Maternidades	26
2.3 Trauma individual e coletivo diante do manejo de situações difíceis à gestante e sua família	31
2.3.1 Trauma individual e coletivo diante da comunicação do óbito do bebê	34
2.4 Considerações sobre a saúde do trabalhador que cuida da saúde	38
2.4.1 O uso do Protocolo SPIKES no ensino de habilidades em comunicação de notícias difíceis	43
3 METODOLOGIA	51
3.1 Procedimentos metodológicos	51
3.2 Local da Pesquisa	52
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	53
3.4 Aspectos Éticos	53
3.5 Riscos e benefícios	54
3.6 Coleta de dados	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	54

4.1 Categoria A: A vivência dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Medicina Fetal da ME da UFRJ	58
4.2 Categoria B: A vivência dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da ME da UFRJ	65
4.3 Categoria C: Estratégias criadas pelos profissionais de saúde que atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Medicina Fetal da ME da UFRJ lidarem com a vivência do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis.....	74
5 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICE A – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista Semi-estruturada)	88
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	91
APÊNDICE C – FOLDER DA CAPACITAÇÃO	93
APÊNDICE D – PROJETO APLICATIVO	107
APÊNDICE E– FOLDER DO APLICATIVO	136
APÊNDICE F– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	137

1 INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde exige sensibilidade e habilidade do profissional de saúde, especialmente quando necessita comunicar notícias difíceis. A comunicação de notícias difíceis faz parte do cotidiano hospitalar, portanto, ter conhecimento sobre esta prática é um conteúdo indispensável na formação do profissional de saúde. Comunicar notícias difíceis em uma Maternidade possui suas especialidades e enfrentamentos particulares, o que exige do profissional que atua na área ter conhecimentos peculiares sobre a área. Estar mais capacitado a desenvolver esta habilidade é de extrema importância para uma melhor oferta do cuidado e acolhimento ao paciente, assim como ao próprio profissional de saúde e sua equipe.

O hospital é lembrado como um local que remete a dor e a cuidados específicos da saúde. O ambiente hospitalar da maternidade se destaca, pois envolve um público específico de atendimento. São mães, pais e famílias que estão vivenciando um período importante e significativo: a chegada de um filho. Em específico, a mãe vivencia experiências e sentimentos idiossincráticos neste período. São mudanças internas e sociais que já se iniciam no período da gestação.

Segundo Maia (2017), a gestação é marcada por intensos questionamentos, análise de si, mudanças internas e no papel frente à realidade social. Essas questões demandam um desafio aos profissionais de saúde que atenderão a gestante e sua família, sendo importante o conhecimento e habilidade em ter uma escuta sensível, empática e atenção aos laços afetivos. Portanto, a comunicação em saúde no ambiente da maternidade exige do profissional de saúde um conhecimento mais amplo dos aspectos psíquicos da gestação.

Campos (2017), afirma que a comunicação não se resume somente em dar uma informação ou simplesmente em falar, pois comunicar inclui comportamentos verbais e não verbais. Silva (2008) aponta que a prática do profissional de saúde é permeada pela comunicação, não somente entre a equipe de trabalho, mas com o paciente e sua família. A comunicação pode influenciar na boa orientação ao paciente em sua mudança do estilo de vida e na adesão ao tratamento.

Buckman (1992), defende que comunicar uma notícia difícil ao paciente é uma habilidade que precisa ser ensinada e aprendida pelo profissional de saúde, não se configurando como uma capacidade inata ou um “dom divino”. Afirma que

deter esse saber é uma capacidade de extrema importância no trabalho de cuidar dos doentes.

Desta forma, aquele que se dedica ao cuidado, passa por inúmeras dificuldades, não só de caráter técnico, mas, sobretudo, no âmbito das relações interpessoais. Portanto, são situações clínicas de difícil manejo, pois comunicar uma notícia difícil ao paciente e/ou sua família envolve questões particulares do profissional de saúde acerca de suas próprias limitações diante do dilema de como abordar a família, do quanto se envolver e o que dizer. Segundo Lugarinho *et al.*, (2016), comunicar uma notícia difícil afeta também o profissional que as comunica, pois, ao lidar com a dor do outro, toma-se contato com a própria dor.

Tendo como parâmetro o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, o trabalho busca-se contribuir com o aprimoramento das habilidades específicas dos profissionais de saúde, o que pode resultar em um melhor atendimento e acolhimento dos pacientes e suas famílias.

Analisando a dificuldade que o profissional da saúde possui em manejar as situações e comunicar a notícia difícil ao paciente, Robert Buckman cria, em 1992, diretrizes básicas para a comunicação das más notícias, o Protocolo SPIKES, composto por seis etapas: a postura do profissional (setting); a percepção que o paciente possui (perception); o questionário ou troca de informações médico-paciente (invitation); o conhecimento sobre o caso (knowledge); a análise das emoções (Explore emotions) e as estratégias de manejo (strategy and summary) (BUCKMAN,1992). Este protocolo visa uma melhor preparação do profissional de saúde para acolher e fazer um manejo diante da comunicação de uma notícia difícil, possibilitando uma melhor oferta de cuidado ao paciente e sua família. Cabe ressaltar que o protocolo propõe não somente a comunicação de uma notícia difícil, mas também uma melhor forma de manejo e acolhimento ao paciente.

A ideia de elaborar este trabalho de pesquisa surgiu a partir da minha experiência como aluna no curso de pós-graduação em Psicologia Hospitalar na área de Infectologia nos anos de 2015 e 2016 na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que proporcionou aproximação teórica e prática à saúde pública brasileira. Nesta experiência foi possível observar o desafio que os profissionais de saúde enfrentavam para comunicar uma notícia difícil aos pacientes, como o

diagnóstico de HIV, Sífilis, Doença de Chagas, complicações na internação, mudança de tratamento, entre outros.

Posteriormente tive a experiência de participar do curso de “Capacitação para profissionais da atenção básica em saúde da criança: qualificação para o cuidado biopsicossocial com ênfase na Síndrome Zika Congênita” realizado pela Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS) em outubro de 2016, com participação da Professora Dra. Marisa Schargel Maia. O curso foi realizado para capacitar os profissionais de saúde que possuíam em sua prática atendimentos de crianças com algum comprometimento físico e/ou neurológico em decorrência da contaminação pelo vírus da Zika.

Portanto, a partir dessas experiências foi possível observar que existe uma carência do profissional de saúde em relação ao preparo no enfrentamento de situações difíceis em seu ambiente de trabalho, o que com frequência era sofrimento e angústia no profissional. O presente trabalho tem por objetivo conhecer as estratégias individuais e coletivas dos profissionais de saúde no manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis nas unidades de UTI Neonatal e Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ.

Através de uma metodologia de pesquisa qualitativa compreensivista, será analisado o manejo de situações e a comunicação da notícia difícil pelos profissionais de saúde, com o objetivo de construir e aplicar a oficina de capacitação voltada para o treinamento dos profissionais de saúde da ME.

O trabalho apresenta a seguinte ordenação: No primeiro capítulo serão abordados os aspectos psíquicos da gestação, com o objetivo de contextualizar a importância desses aspectos para uma melhor prática do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis no atendimento em maternidades. No segundo capítulo será descrito os conceitos da comunicação e as especificidades do ambiente hospitalar da maternidade, assim como as expectativas dos profissionais, pacientes e famílias nesse ambiente. No terceiro capítulo serão abordadas considerações sobre o estudo do trauma e seu processo individual e coletivo com foco na gestante e sua família, fomentando a movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático, onde será analisado a importância do acolhimento e manejo frente a uma situação difícil. No quarto capítulo será contextualizado a saúde do trabalhador de saúde e a complexidade do trabalho desse profissional no manejo

de situações e transmissão de notícias difíceis, assim como as contribuições do Protocolo SPIKES, instrumento de ensino e habilidades escolhido para gerar capacitação e preparo para os profissionais.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer as estratégias individuais e coletivas dos profissionais de saúde no manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis nas unidades de UTI Neonatal e Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ.

1.1.2 Objetivos específicos

Descrever a vivência do manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis nos profissionais de saúde que atuam nas unidades de UTI Neonatal e Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ.

Identificar os recursos e estratégias criadas pelos profissionais de saúde que atuam nas unidades de UTI neonatal e Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ ao lidarem com o impacto das situações e comunicação de notícias difíceis.

Construir e aplicar uma oficina de capacitação para os profissionais de saúde com o objetivo de aprimorar habilidades específicas sobre o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, utilizando como referência do Protocolo SPIKES.

1.2 Justificativa

A chegada de um filho encontra-se entre os acontecimentos significativos que marcam uma importante mudança de ciclo no desenvolvimento familiar. O período gestacional é acompanhado de sonhos, imaginações, anseios e expectativas. O ambiente da maternidade possui características particulares em comparação a outros setores hospitalares, pois passa a ideia de nascimento, vida e felicidade, o que influencia na atuação do profissional. Desta forma, torna-se importante que na

comunicação de uma notícia difícil no contexto hospitalar da maternidade, o profissional de saúde tenha conhecimento e aptidão frente ao manejo da complexidade das situações difíceis.

Ostermann *et al.* (2017), aponta que a medicina tem avançado de forma imensurável em termos técnicos e tecnológicos, porém, a prática de habilidades na transmissão de notícias difíceis não tem acompanhado na mesma proporção. Essa clínica tem sido pontuada por muitos profissionais como essencial à formação, porém, em geral, acaba por ser relegada como facultativa aos estudantes e profissionais. Ademais, este é um fator que não ocorre somente na área médica, mas com todos os profissionais de saúde.

Conforme Silva (2008), existe pouca capacitação dos profissionais no manejo e CND, o que traz dificuldades para o encaminhamento e resolução adequada dos casos. Luisada *et al.* (2015), sublinha que a comunicação de notícias difíceis ainda é marcada por abordagens inadequadas e. A dificuldade na comunicação está associada à falta de formação acadêmica para desempenhar a tarefa, dificuldade de controle emocional e solidariedade.

Em 2010 foi realizada uma parceria entre o INCA (Instituto Nacional de Câncer) e o Hospital Albert Einstein, através de uma intervenção em quinze hospitais da cidade do Rio de Janeiro. Foram executadas oficinas de sensibilização sobre a comunicação de notícias difíceis aos profissionais de saúde de diversas áreas de atuação. Diante dos encontros, 100% dos profissionais que participaram dos grupos afirmaram que é necessário maiores intervenções de cuidado ao profissional de saúde frente a comunicação de notícias difíceis.

Desta forma, entende-se que a intervenção por meio de um projeto em educação permanente com o objetivo de oferecer aos profissionais de saúde uma reflexão sobre a prática do manejo e da comunicação de notícias difíceis, pode se constituir com uma efetiva e importante ferramenta para a formação do profissional de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos psíquicos da gestação.

Este tópico tem o objetivo de abordar os aspectos psíquicos que permeiam a gestação, a preparação para o parto e a construção da parentalidade. Também abordará reflexões sobre a criação de um ambiente favorável na gestação e a importância do desenvolvimento de uma escuta sensível, empatia e atenção aos laços afetivos nesse período para os pais e também para os profissionais de saúde que os acompanham. Desta forma, se torna possível contextualizar o campo de pesquisa sobre o manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis para um maior entendimento sobre os sentimentos e a experiência da gestação.

Segundo Maia (2017), é possível verificar três momentos de grandes mudanças no ciclo de vida da mulher: a adolescência, a gestação e o climatério. Esses momentos são períodos de crise e mudanças internas, marcados por intenso questionamento e análise de si, no qual o papel frente à realidade social é questionada. Esses períodos são marcados por conflitos e ambivalências afetivas. Todavia, esse é um processo idiossincrático e saudável de elaboração.

Para Maia (2017), a gestação é um estágio positivo e necessário para o desenvolvimento de um humano para outro. É necessário que ocorra uma mudança na ordem psicológica para que se abra espaço para outra emergir e se desenvolver. Esse deslocamento interno é importante e necessário, pois permite que se abra espaço para o acolhimento do filho. Tornar-se mãe e pai demanda uma mudança interna muito grande e significativa para os pais, sendo necessário um preparo individual e externo para que o cuidado integral ocorra. Desta forma, considera-se o importante papel que a equipe médica e o obstetra possuem nesse evento da vida.

Não se pode ignorar que o parto e seu preparo integral, como evento de vida, são promotores de saúde emocional. O obstetra tem uma função-chave no campo de promoção de saúde emocional à gestante, por ocupar uma posição nuclear no processo do cuidar, inserido no campo relacional que envolve os futuros pais e as famílias. O acolhimento clínico no pré-natal é um momento subjetivo de promoção e ação preventiva no campo da saúde emocional da gestante e do bebê em vias de constituição (MAIA, 2017, p. 185).

Como descrito por Maia (2017), os homens e mulheres que desejam ter filhos

fazem projeções de fantasias para o futuro sobre a construção de uma família e crescimento da relação. A descoberta da gravidez mesmo quando programada não garante ser um momento fácil e agradável. A notícia pode trazer medo, dúvidas, preocupações do desconhecido e mudanças na relação amorosa dos parceiros. São vários desafios e mudanças frente o mercado de trabalho, relações com a família e amigos, tarefas em casa, no trabalho e cuidado com o bebê. Quando a gravidez não é programada, as dificuldades tendem a serem maiores, como a gravidez na adolescência, quando os planos de trabalho e futuro profissional são incertos, na ausência de um parceiro fixo e até mesmo quando não há o desejo a priori da maternidade ou da paternidade. Ou seja, a gestação é para a mulher uma instabilidade de emoções devido a mudança radical que sofrerá.

Maia (2017), assinala que as culturas e as representações sociais promovem e determinam papéis significativos no evento da gravidez. Afirma que o ocidente idealiza a infância como uma época de amor e cuidado para que o desenvolvimento da criança seja bem-sucedido. Em geral, é direcionada à mãe a maior responsabilidade do cuidado do bebê, ao passo de que sobre o pai recai a responsabilidade de prover o sustento da família. É essencial que a mãe tenha conhecimento e internalize as influências das representações sociais para que ela possa se construir como mãe.

Para Maia (2017), a relação da gestante com a sua mãe ou cuidador(a) responsável é um vínculo que traz muitos significados na gestação e na construção da maternidade. As referências das memórias de cuidado, conscientes ou não, e a fala da mãe nesse período são lembranças que influenciam nas dúvidas, medos e incertezas quanto à capacidade para desempenhar as suas funções.

Segundo Stern (1997), a gestação passa por quatro processos de elaboração psicológica. A primeira é a vida-crescimento, onde a preocupação principal é em manter o bebê vivo e o pensamento da mãe é direcionado para manter o ambiente favorável ao crescimento saudável do filho. Pontua como exemplo deste período a prática dos pais levantarem à noite para verificar se o bebê está respirando. Este período também é marcado por decisões importantes sobre a amamentação e/ou introdução de outra alimentação. Medos e inseguranças são particularmente presentes durante esse tempo, como o medo do bebê nascer com ou desenvolver alguma malformação ou doença. Há, para a gestante, a avaliação interna e externa

acerca das competências para assumir o papel de mãe.

A segunda etapa é o relacionar-se primário, período que envolve o sentimento socioemocional da mãe com o bebê, como o amor, o contato e o cuidado. No final da gravidez a mãe dá início a um processo de sensibilidade que a ajuda a se identificar com o bebê e responder de forma mais efetiva as suas necessidades. Winnicott (2013), nomeia esse processo de preocupação materna primária, período de fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê que proporciona os primeiros laços.

Segundo Winnicott (2013), na preocupação materna primária a mãe tem a capacidade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê. O processo de identificação que ocorre já na gravidez faz com que o bebê saia da percepção de um objeto imaginado.

A meu ver, é isso que confere à mãe uma capacidade especial de fazer a coisa certa. Ela sabe como o bebê estar se sentindo. Ninguém mais sabe. Os médicos e enfermeiras talvez saibam muito a respeito de psicologia, e certamente conhecem tudo sobre a saúde e a doença do corpo. Mas não sabem como o bebê está se sentindo a cada minuto, pois estão fora dessa área de experiência (WINNICOTT, 2013, p. 22).

A terceira etapa é a matriz de apoio, que se refere à necessidade da mãe de formar uma rede de apoio que lhe sirva de referência para auxiliá-la no processo de cuidado e primeiras tarefas com o bebê. A presença dessas pessoas é crucial para tranquilizá-la e assim tornar possível criar, de acordo com Winnicott (2013), um ambiente facilitador para ela própria e para o bebê.

A quarta etapa é a reorganização da identidade: o processo no qual a gestante precisa transpor o papel de filha para que possa, enfim, ocupar o lugar de mãe. Nesse período, as representações sociais podem orientar a gestante a se direcionar nesse processo de identidade de acordo com códigos culturais. Essas quatro etapas da gestação são importantes para preparar psicologicamente a mulher para essa nova mudança de vida.

Maia (2017), relata que outro fator de suma importância no período da gestação é a construção da parentalidade, isto é, o tornar-se mãe e tornar-se pai, a transformação e construção dessa nova identidade. Aponta que essa construção é um processo complexo e que se enraíza na infância, sendo perceptível nas brincadeiras infantis, onde as crianças em suas fantasias tentam reproduzir o cotidiano

dos adultos a partir da observação dos pais.

Freud (1976), expõe que a possibilidade de se tornar mãe encontra seu alicerce na infância da mulher. Portanto, cada gravidez impõe à mulher um retorno inconsciente às etapas mais primitivas por ela vivenciada com a sua mãe ou com a pessoa que exerceu a função materna. Em função de reviver esses momentos iniciais, são apresentadas fantasias e expectativas em relação à gravidez, ao parto, ao bebê e ao seu desenvolvimento, uma espera que pode ser gratificante ou frustrante para a mulher. Tais fatores podem ajudar ou não a mãe a encontrar prazer na maternidade e a amar ou não o seu filho.

Tornar-se mãe é, portanto, de certa forma, reencontrar sua própria mãe. A gestação é o tempo necessário para aceitar se unir a uma criança que inicialmente é um desconhecido. Trata-se de realizar um trabalho de transformar um bebê em um filho, pois a gestação para a mulher é um tempo psíquico para se constituir como mãe. Piccinini (2008), defende que a gestação é necessária para possibilitar o esboço da criação de um espaço psíquico materno constitutivo de um suporte no qual o bebê possa advir como um ser subjetivado e não mais como somente um ser biológico. Se tornar mãe é um estado que produz uma alteração radical dos referenciais, se materializando pelas mudanças corporais, com a mudança do lugar na cadeia de filiação e da passagem do lugar de filha para o lugar de mãe.

Kamers (2001), afirma que a pré-história do sujeito é a lógica significativa que se inicia desde o período de gestação. A pessoa que exercerá a função de mãe irá projetar o simbólico ao bebê, idealizando sua imagem, o inserindo na vida familiar e também construindo expectativas para o seu nascimento. A pré-história construída para o bebê é de fundamental importância para a criação de seu lugar no ambiente familiar, para o imaginário materno e a formação da relação mãe-bebê. Freud (1976) assinala que a atitude dos pais para com os filhos é na verdade uma reprodução de seu próprio narcisismo. Nesse caso, o filho viria para reparar as feridas narcísicas dos pais, para poderem realizar aquilo o que os pais não conseguiram fazer, o filho seria um objeto de devoção e de amor.

Qualquer que seja a mãe, o nascimento de uma criança nunca corresponde exatamente ao que ela espera. Depois da aprovação da gravidez e do parto, deveria vir a compensação que faria dela uma mãe feliz (MANNONI, 1999).

A idealização de um filho é desenvolvida desde o ventre, é o bebê que

somente a mãe imagina e que nasce do seu inconsciente materno, um bebê fantasmático. A imagem e idealização do bebê vão influenciar no cuidado que o pai e a mãe terão quando o filho nascer. O bebê fantasiado é que dará a abertura para o bebê que ainda vai nascer, o bebê real. A mãe também idealiza um outro bebê, sendo esse o filho dos seus sonhos, que a acompanha há muito tempo, do desejo de ter filhos. Um bebê imaginário. Esses fatores permitem que ocorra a compreensão da angústia e recusa inicial do bebê, pois são várias as modulações de sentimentos. O bebê imaginário não é padronizado, mas sim específico para cada mãe e pai, é a partir dele que os pais sonham, desejam e fazem projetos para o futuro. O bebê real é o que está presente no colo e na rotina dos pais, o mesmo pode se igualar ou não ao bebê imaginário.

Lacan (1988, p.115), aponta que: “Além do que o sujeito demanda, além do que o outro demanda ao sujeito, está o que o outro (a mãe) deseja”. Segundo Infante (2000), desejar um filho se relaciona à maneira pela qual se estabelece a falta na mãe. Portanto, a relação mãe e filho parte de uma falha e uma irremediável incompletude. O bebê que não é tomado no lugar de objeto do Outro é reduzido somente a um organismo, um “nada”, que dependerá do Outro que cuida para sobreviver. Somente na existência de um agente com um desejo de vida endereçado ao bebê é que se coloca em jogo o circuito das pulsões.

Na relação primordial com a mãe, [o filho] tem experiência do que falta a ela: o falo. [...] Eis que ele se empenha em satisfazer [nela] esse desejo impossível de preencher numa dialética de engano, por exemplo, em atividades de sedução, todas ordenadas em torno do falo [simbólico] presente-ausente (LACAN, 1999 , p. 746).

De acordo com Maia (2017), devido ao avanço da tecnologia, de maior controle no planejamento familiar e do desenvolvimento da reprodução assistida, a paternidade ou maternidade se tornaram opções. Porém, mesmo diante das alternativas contemporâneas e da maior possibilidade de escolha da maternidade, há o pensamento de que o filho proporcionará uma continuidade da família, o que faz com que as pessoas insistam na reprodução mesmo quando possuem sentimentos ambíguos quanto à parentalidade.

Desde a infância, já há representações psíquicas inscritas na memória do ser humano sobre o que é um pai ou uma mãe, e essas decorrem das

experiências de vida de cada um: em geral, os seres humanos foram cuidados quando bebês e guardam memórias dessa experiência. Também têm lembranças do mundo lúdico infantil, em que se brinca e se sonha com a possibilidade de um dia formar sua própria família. A maioria das crianças brinca de construir casinhas, cuidar de bebês e desempenhar papéis referidos aos seus; mesmo os jogos eletrônicos criados para a primeira infância versam sobre esses temas. Mas ao se desejar um filho na fase reprodutiva, ou quando se está esperando um filho, o processo psíquico e psicológico de transição para a parentalidade é ativado (MAIA, 2017, p. 188).

Para Maia (2017), o homem e a mulher quando descobrem a gravidez passam por processos psíquicos/psicológicos. Iniciam questionamentos e avaliações frente às suas representações sociais e lembranças de suas próprias infâncias, em particular da memória de seus pais. Esse período é importante para que eles possam analisar suas novas identidades e construir suas definições de parentalidade. Esse momento de confronto com a nova identidade traz reflexões, medos – como, por exemplo, o de malformação -, e receio de não exercerem bem a responsabilidade de ter um filho. Para a mulher pode aparecer o sentimento de arrependimento devido a angústia e fantasias referente à gestação, ao parto e a criação do filho. Essa concomitância de afetos é chamada de ambivalência afetiva, que, quando benigna, se apresenta como transitória.

Jeammet (1989), afirma que a idealização que a mãe possui de seu filho é imprescindível para o seu processo de construção da maternidade e como ela atuará como mãe. É a partir daí que a mãe refletirá sobre seu papel, sua construção de afeto e dar significado para o bebê.

Grande é a importância das idéias que as mães têm de seus filhos antes mesmo do nascimento, e quanto essas idéias estão estreitamente ligadas à sua história, seja por querer repeti-la ou, o oposto, por querer transformá-la em um feixe de significações totalmente diferentes. Assim, a forma como a mãe cuidará de seu filho é, numa certa medida, previsível antes do nascimento deste (JEAMMET, 1989, p. 15).

Stern (1995), determina que as representações indicam dois mundos paralelos da maternidade: o bebê real e o bebê imaginário. O bebê imaginário é construído frente às representações sociais e é fruto do sonho dos pais. O bebê real é justamente o bebê externo, que não é semelhante ao bebê imaginário, mas é o bebê desconhecido e que precisará ser acolhido e cuidado.

Para Maia (2017), é por volta da 14^o semana que a gestante se sente mais

confortável e tranquila com os medos e as fantasias que antes a deixavam instável. Com um maior desenvolvimento do bebê é possível ter uma projeção do futuro mais efetiva e verificar que as incertezas e receios são menores.

A ultrassonografia morfológica é um divisor de águas no processo psicológico da mãe. Em situação saudável, a mulher sente maior bem-estar: a barriga ainda não apresenta desconforto e, se tudo correu bem no exame, ela pode relaxar, sentindo-se, do ponto de vista psíquico, dona do universo. A partir de então, o casal partilha e confere significados a qualquer movimento do bebê intraútero, atribuindo-lhe toda sorte de comportamentos, características e sentimentos a ponto de designarem até sua identidade. Projetam no bebê suas melhores fantasias; esse é o bebê imaginado, fruto do narcisismo parental (MAIA, 2017, p. 189).

Segundo a autora, na imaginação parental do pai e da mãe, há um efeito denominado a “majestade o bebê”, isto é, a ideia parental de que o filho terá uma infância boa, divertida, que suas necessidades básicas serão supridas, que se recuperará de momentos de adoecimento, que nada de ruim conseguirá atingir o filho. Os pais possuem a ideia de que o filho virá ao mundo para concretizar os seus próprios sonhos. Essa ideia seria o desejo da imortalidade dos pais projetado no filho idealizado, fantasia que traz o reencontro dos pais ao seu narcisismo projetado no filho.

Freud (1914/1996), afirma que “sua majestade o bebê” implica o renascimento do narcisismo dos pais. Isso justifica a forma carinhosa que os pais cuidam dos filhos e a tendência de vê-los como perfeitos e ignorar as suas falhas. A expectativa é de que a criança realize os antigos sonhos dos pais e que não precisem renunciar os seus desejos pelas regras da realidade.

No último trimestre da gestação a mulher retorna a manifestar a ambivalência afetiva através da ansiedade pela proximidade da chegada do bebê (MAIA, 2017). Nesse momento o bebê real começa a tomar o lugar do bebê idealizado e a mãe inicia o seu estado de atenção materna primária. É essencial que o processo seja construído um ambiente acolhedor para o bebê. Importante ressaltar que existem diferenças entre o bebê imaginário dos pais e o bebê real que está para nascer. Essas diferenças impulsionam um trabalho psíquico de ressignificação do casal para o encontro do bebê. Este trabalho se torna mais complexo quando o bebê nasce com algum comprometimento em sua saúde que necessita de intervenção médica, cirúrgica, cuidados mais intensos e/ou risco de desenvolver sequelas e

deficiência.

Existe uma dor por parte da mãe originada pela perda do ideal. Será na relação da mãe com a falta e em como saber lidar com sua impotência diante da possibilidade de relacionar-se com seu filho faltoso que o investimento no filho dependerá. Mannoni (1999), reitera que a enfermidade de um filho atinge a mãe em seu narcisismo. Ocorre uma perda brusca nas referências de identificação, gerando um pânico na imagem que tem de si, dado que já não se pode nem se reconhecer e nem se amar.

Se este filho, carregado com todos os sonhos perdidos da mãe, nasce doente, o que irá acontecer? A irrupção na realidade de uma imagem de corpo enfermo produz um choque na mãe: no momento em que, no plano fantasmático, o vazio era preenchido por um filho imaginário, eis que aparece o ser real que, pela sua enfermidade, vai não só renovar os traumatismos e as insatisfações anteriores, como também impedir posteriormente, no plano simbólico, a resolução para a mãe do seu próprio problema de castração. Porque esta verdadeira chegada à feminilidade terá inevitavelmente de passar pela renúncia à criança-fetice, que não é senão o filho imaginário do Édipo (Mannoni, 1999, p. 5).

A dinâmica da relação com o filho que nasce deficiente quebra o ideal e demanda um dilema entre desejo, satisfação e reconhecimento. A mãe se insere no luto por conta da perda da idealização do bebê imaginário e pela sua relação com ele depender, sobretudo, da possibilidade de reinvestimento do seu filho faltoso. A relação com a falta refere-se ao falo enquanto um objeto imaginário e simbólico.

Bortoletti, Silva e Tirado (2007), relatam que a maioria das mulheres possuem muito medo do filho nascer com alguma malformação. Embora este sentimento em geral se limite à fantasia, sua existência costuma causar ansiedade na gestante. Em situações em que é comprovado que o bebê nascerá com problemas de saúde ou malformação, os sentimentos de angústia e medo são inevitáveis:

Se considerarmos as alterações emocionais que ocorrem com as gestantes, observaremos uma exacerbação dessas vivências, como é o caso da ambivalência afetiva. À gratificação pelo sentimento de “poder” por gestar mescla-se a frustração do produto conceptual malformado; o desejo de cuidar do filho muitas vezes é incompatível com as exigências que ele provavelmente fará (BORTOLETTI; SILVA; TIRADO, 2007. p. 61).

Em contrapartida, segundo Maia (2017), quando o nascimento do bebê ocorre de acordo com o esperado pelos pais, ele acaba por constituir-se como

alimento narcísico. Mesmo diante das diferenças entre o imaginário e o real, quando as expectativas em relação ao momento do parto ocorrem de forma favorável, o processo de elaboração e projeção faz com que o nascimento do bebê seja introduzido com muita alegria.

Os profissionais de saúde possuem uma importante participação na gravidez da gestante (MAIA, 2017). No último trimestre da gestação, intensifica-se a visão do futuro do bebê, bem como projeções referentes à sua aparência, jeito, preferências e características. Há fantasias e medos quanto ao futuro do bebê, o que produz ansiedade frente a criação e valores a serem passados para o bebê. O medo diante do parto é muito marcante no último trimestre, principalmente referente à saúde do bebê e imprevistos no momento do nascimento. Nesse período também ocorrem preocupações referente a preparação do irmão mais velho, com a licença maternidade e com a presença de uma rede de apoio.

Na gravidez também podem ocorrer notícias difíceis, que mudam a perspectiva idealizada de uma gestação tranquila. Diante dessas situações, a equipe de saúde tem o papel de acolher a gestante e sua família.

Quando as coisas não correm tão bem, no caso de gravidez não desejada ou projetada, nascimento prematuro, depressão materna, falta de condições econômicas e/ou ambientais propícias para receber o novo membro, processo de luto em curso etc., os pais podem experimentar afetos primitivos, como raiva, capazes de impedir os processos básicos que fundam o narcisismo primário e fisgam o humano para a vida: em vez de seduzir o bebê para a vida, o colocam frente à possibilidade da morte, se não real, psíquica. Quando se lida com algum desses aspectos, ou outros, uma preocupação toma o cenário: como será o processo vincular dos pais com o futuro bebê? Como ajudá-los nesse processo, visando à promoção de saúde mental? Como estimular e preservar a vinculação básica entre os pais e o futuro bebê para que não aconteça uma ruptura do processo originário de ingresso no mundo? (MAIA, 2017. p. 189).

Prosseguindo, Maia (2017), demonstra que complexidades no nascimento do bebê, aliados a um ambiente que não proporciona uma relação afetuosa com a criança e sua família, podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas psíquicos e orgânicos graves. Desta forma, entende-se que um escuta sensível ao sofrimento da gestante e da família são essenciais, assim como alteridade quanto a sinais de tristeza ou desinvestimento para o filho. A postura da equipe de saúde em apoiar e incentivar o vínculo com o futuro bebê, encaminhar para o acompanhamento psicológico e também contribuir como equipe nas dificuldades aparentes dos pais são

muito significativas.

Os sentimentos de tristeza e ansiedade na gestação precisam estar sob a atenção de toda a equipe de saúde, não somente do psicólogo. A equipe deve estar atenta não apenas à mãe que demonstra a sua ansiedade, mas também à gestante que permanece em silêncio, o que faz com que os seus sentimentos sejam menos visíveis. Desta forma, compreende-se a importância de existir uma equipe de saúde que se mostre sensível e disponível a escutar e a observar aos sinais e sintomas de ansiedade e tristeza da gestante. O profissional de saúde deve se colocar dessa maneira no atendimento da gestante e de sua família e promover, assim, um cuidado integral, também incluindo a promoção de saúde emocional.

2.2 O manejo de situações e comunicação de notícias difíceis

Diante do amplo contexto que é definir o processo do manejo de comunicação de notícias difíceis, Buckman (1992, p. 11), a define como sendo “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na sua perspectiva de futuro”. Comunicar uma notícia difícil é uma tarefa complexa, que envolve sentimentos de estresse e angústia, tanto para paciente e sua família, quanto para os profissionais de saúde. Neste tópico abordaremos o conceito de comunicação e como ela é representada e significada no ambiente de uma Maternidade assim como a importância de uma comunicação eficaz.

2.2.1 A comunicação em saúde

Segundo o dicionário Aurélio, (2004, p. 512), comunicação é o “ato ou efeito de transmitir e receber mensagens. É a capacidade de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas.” A comunicação, de acordo com Santos (2017), é um dos instrumentos mais importantes para o ser humano, pois favorece a interação social e pode ser usada na forma verbal e não verbal. Ou seja, a comunicação é um importante instrumento de desenvolvimento pessoal e social, pois favorece a formação de autonomia e a construção de opiniões e ideias.

Chiavenato (2004), define comunicação como o processo de transmissão de uma informação de uma pessoa para outra, sendo então compartilhada e entendida por ambas. Portanto, a informação não pode ser simplesmente transmitida, é necessário que o receptor a receba e a compreenda. A informação simplesmente transmitida, mas não compreendida, não foi comunicada. Afirma ainda que a comunicação é a relação entre “um homem e outro”, onde se tem a transmissão de um entendimento entre ambos e do sentido e significado de suas palavras. Desta forma, entende-se que a comunicação humana é contingencial, pois é submetida ao padrão de referência de cada pessoa. O padrão de referência funciona como um filtro constituído pelo sistema cognitivo e pelo sistema emocional. A comunicação é a permuta de “informações entre indivíduos, tendo o significado de tornar comum uma mensagem ou informação” e “Constitui um dos processos fundamentais da experiência humana e da organização social” (CHIAVENATO, 2004, p. 142).

Holtz (2009), afirma que o processo de comunicação é formado por três componentes, o emissor, a mensagem e o receptor. O emissor é a pessoa que envia a mensagem; a mensagem é o conteúdo que é abordado na comunicação e o receptor é a pessoa que recebe a mensagem. Caso a mensagem tenha sido compreendida pelo receptor e não tenha sofrido influência de ruídos ou inibições, a comunicação foi bem-sucedida. Os ruídos prejudicam a comunicação. Eles podem assumir diversas formas, como linguagem confusa, emoções negativas, diferença de significados, sensações não verbais, entre outros. Ou seja, os ruídos não são somente barulhos que impedem o entendimento, mas sim qualquer questão que impeça a compreensão da mensagem. Em alguns casos, até mesmo o silêncio pode ser considerado um ruído, pois quando o emissor ou receptor permanece em silêncio em uma situação que necessita de uma verbalização, a comunicação é prejudicada.

Segundo Holtz (2009), para que haja uma boa comunicação é extremamente necessário que o emissor e receptor da mensagem estejam atentos aos ruídos, para que assim, tenham a chance de eliminá-los sempre que possível. Frente à comunicação estabelecida no contexto de ensino e aprendizagem, Holtz (2009) afirma que “se a mensagem foi bem recebida e provocou mudanças desejadas de atitude e comportamento nos receptores, é sinal de que houve realmente

comunicação”. Desta forma, a comunicação é verificada como um instrumento de suma importância para a aprendizagem e relacionamento.

Schelles (2008), defende que a mensagem também pode ser ofertada de forma não verbal, sendo uma linguagem complementar à oral. Enfatiza que a linguagem não verbal oferece ao receptor uma mensagem aparentemente mais rica, eficiente e confiável. Desta forma, a linguagem não verbal se configura como qualquer ação que é além da palavra, como expressão do rosto, direcionamento do olhar, gestos, posturas, tom de voz, ritmo da fala, entre outros. Afirma que o corpo possui a capacidade de se expressar, podendo denunciar mentiras e verdades, assim como o inconsciente. Aponta que o corpo reforça ideias e complementa a mensagem falada, favorecendo uma comunicação mais favorável entre emissor e receptor. A confiabilidade da mensagem vem da junção entre uma mensagem dada de forma mais clara e uma expressão não verbal acolhedora e sincera.

Prosseguindo, Schelles (2008), afirma que a linguagem não verbal é de extrema importância, pois independentemente da origem, idioma ou cultura, as expressões corporais são passíveis de interpretação a despeito das diferenças idiossincráticas de cada cultura. Pontua que o corpo expressa o que muitas vezes não é passado na fala, o que torna a linguagem não verbal um instrumento de suma importância no relacionamento.

A comunicação é a principal ferramenta de contato e relacionamento. Ela possui um importante papel em funções corporativas por proporcionar interação, resolução de conflitos, diálogo, criação de ideias e estratégias. Especificamente no campo da saúde, a comunicação atua como fator crucial de acolhimento, empatia e humanização. O contato entre o profissional e o paciente é de extrema relevância para uma boa compreensão do estado de saúde dos pacientes, para a interação com o paciente e sua família e para se colocar de forma solícita e acolhedora frente a dúvidas e receios.

Coriolano-Marinus (2014), afirma que a comunicação em saúde é um processo de compartilhamento e ajuda entre o trabalhador de saúde e o paciente, para que desta forma seja possível oferecer um cuidado efetivo ao usuário e sua família. Portanto, a comunicação se torna um instrumento laboral dos trabalhadores de saúde, onde há de fato a implementação de uma comunicação mais dialógica, com ênfase nas relações de troca e intercâmbio dos saberes.

Além de propiciar uma relação terapêutica, a comunicação deve propiciar condições para práticas de promoção da saúde, tornando o usuário/cuidador autônomo à negociação diante do tratamento e das condições que favorecem o autocuidado e/ou o cuidado da criança sob sua responsabilidade. Essa perspectiva será gerida a partir da busca do intercâmbio de saberes, do diálogo e do entendimento entre o trabalhador de saúde e o usuário. (MARINUS, p. 1361, 2014)

Diante da importante e essencial prática da comunicação no ambiente hospitalar, junto com a sua função de acolhimento e meio de relação de confiança com o usuário e sua família, ressalta-se o exercício do profissional de saúde na comunicação de notícias difíceis. Perosa e Ranzani (2008) apontam e enfatizam que, apesar dos cursos de graduação da área da saúde terem acrescentado em suas grades curriculares disciplinas que envolvam discussões sobre a humanização e acolhimento ao usuário, esta prática ainda é um desafio no contexto hospitalar.

Perosa e Ranzani (2008) relatam que os profissionais de saúde que se formaram há muitos anos aprenderam como comunicar uma notícia difícil com a prática. Porém, pontuam que os recém-formados e residentes ainda não possuem experiência para formular e significar determinados episódios. Desta forma, o desenvolvimento da prática profissional sobre a comunicação de notícias difíceis torna-se desgastante para o profissional de saúde. Os autores enfatizam que seria mais eficiente um treinamento de habilidades *a priori* e constante dos profissionais.

Quando a comunicação de notícias difíceis tem o envolvimento de crianças como pacientes, Perosa e Ranzani (2008) afirmam que o acompanhamento do caso se torna ainda mais complexo e exige da equipe de saúde uma atuação mais coletiva. É mais complexo para o profissional de saúde comunicar uma notícia difícil à família sobre o adoecimento ou possibilidade de óbito de uma criança, do que quando se trata de um adulto.

Segundo Moritz (2008), para que haja uma boa comunicação em uma UTI neonatal, é necessário que se tenha a percepção do ambiente, do clima de trabalho e da comunicação não-verbal da equipe multiprofissional, incluindo a interação médico-paciente e família. Ressalta que a comunicação no ambiente hospitalar possui vários processos, pois é formada por vários participantes que possuem diálogos e formas diferentes de entendimento e de comunicação, como o paciente, sua família, amigos, médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros.

O autor também ressalta a importância de que os profissionais de saúde estejam atentos às principais barreiras da comunicação em seu processo de trabalho e no acolhimento ao paciente e sua família, pois, somente desta forma, será possível a elaboração de estratégias para que a comunicação se aprimore e se desenvolva como um todo. As barreiras da comunicação na UTI são: atitude corporal; ideias preconcebidas; percepções e interpretação; grau de escolaridade; significados pessoais; motivação e interesse; ausência de habilidade de comunicação; e emoções e estado de ânimo. Esses fatores necessitam da análise e observação da equipe multiprofissional.

Como descrito por Moritz (2008), os elementos de uma boa comunicação na unidade de terapia intensiva são a humildade; paciência; transparência; segurança; e boa didática. E esses fatores precisam ser aprimorados e desenvolvidos pelos profissionais de saúde. Por analisar que o tema da comunicação engloba questões complexas no ambiente hospitalar, defende a importância da realização permanente de atividades de educação acerca do tema da comunicação aos profissionais de saúde.

Frente à análise de Silva (2008), comunicação não é o simples ato de transmitir uma mensagem, mas sim um ato de relação e empatia. Aponta que, com relação a comunicação de notícias difíceis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), é essencial que o profissional de saúde reconheça a sua importante função neste espaço, tendo uma atuação acolhedora e humanizada.

Fizemos cursos na área de saúde para auxiliar as pessoas a ficarem “bem”, para combater doenças, para assistir o indivíduo, doente ou sadio, na execução daquelas atividades que contribuem para a saúde, ou sua recuperação. Mas poucos de nós aprendemos a ser profissionais de saúde que podem auxiliar esse mesmo indivíduo a ter uma morte serena ou a conviver/ elaborar o luto de alguém amado que encerra seu ciclo e morre (SILVA, p. 50, 2008).

Silva (2008) complementa que mesmo diante das inovações tecnológicas e recursos presentes na medicina, a comunicação é a ferramenta de trabalho mais insubstituível e desafiadora para os profissionais de saúde. Enfatiza que o que é transmitido ao outro, não se configura somente como informação, mas a todo o sentimento que se encontra representado naquela relação e demanda.

2.2.2 O manejo e a comunicação de notícias difíceis em maternidades

O manejo e a comunicação de notícias difíceis se configuram como uma prática do cotidiano do profissional de saúde. O ambiente da maternidade é reconhecido pela sociedade e, conseqüentemente, pelos profissionais e pacientes, como um espaço que proporciona “vida” e “felicidade”. Desta forma, verifica-se a dificuldade *a priori* que o próprio profissional de saúde possui em lidar com situações complexas e de difícil manejo neste contexto possui suas especificidades. Lugarinho e Rosario (2010), no capítulo “Atenção ao vínculo e saúde do trabalhador: um bom encontro” presente na obra *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*, apontam que grande parte dos profissionais de saúde possuem dificuldade no manejo de situações difíceis, em particular quando o paciente é uma criança.

Destaca-se, então, a importância de o profissional de saúde ter um espaço de escuta e aprimoramento das habilidades para a transmissão de notícias difíceis. Ostermann (2017), afirma que a prática de habilidades comunicativas e relacionais na formação do profissional de saúde, muitas vezes facultativa, deveria ser obrigatória. Sublinha que a comunicação de notícias difíceis à gestante e/ou sua família frente ao caso de um bebê com malformação ou aborto, implica em prejuízos psíquicos às pessoas envolvidas, dado que inevitavelmente se configura como uma ruptura. Dessa forma, é preciso que uma nova realidade se configure e seja adaptada às notícias recém-anunciadas.

A gravidez é um período de ansiedade e apreensão em relação à saúde do bebê e da gestante. Monteiro *et al.* (2016), apontam que há um sentimento de despreparo e angústia dos profissionais de saúde em comunicar uma notícia difícil, com uma tendência ao afastamento da situação. Segundo Oliveira, Santos e Mastropietro (2010), o manejo e acolhimento são importantes no processo de comunicação de uma má notícia, pois auxilia na transformação psíquica da experiência dolorosa. Porém, apontam que a angústia frente a comunicação de uma má notícia pode influenciar na qualidade da comunicação.

Caberá ao profissional de saúde desenvolver habilidades específicas de manejo e comunicação que possam minimizar o sofrimento, contribuindo, assim, para o cuidado integral da criança e sua família. Ostermann (2017), afirma que a comunicação de notícias difíceis é um evento impactante para todos os envolvidos.

O profissional de saúde que comunica a notícia possui um papel fundamental, pois, uma vez que não há a possibilidade de mudar os fatos, é possível ao menos amenizá-los na forma como a notícia é entregue.

Segundo França e Figueiredo Junior (1997), quando a morte ocorre em uma maternidade o luto é elaborado de forma distinta. Há o contexto social e da formação do profissional de saúde sobre a notícia de morte não ser vinculada ao ambiente da maternidade, o que faz com que a elaboração do luto se torne mais difícil e a comunicação do óbito seja mais difícil para o profissional da saúde.

Quando a morte ocorre numa maternidade, o processo de negação é agravado, pois, mesmo havendo o alto risco, estamos em um lugar que “dá a vida e não a morte”. Observamos pelo próprio organograma, que a morte não é admitida: setores encarregados de administrar a morte nem sempre têm funcionários específicos e espaço físico adequado, gerando estresse tanto para os poucos funcionários designados para esta função quanto para os familiares de criança morta. Esta organização do trabalho atuará então como causadora de sofrimento psíquico, nem sempre identificado pela equipe de saúde, apesar de interferir diretamente em seu trabalho cotidiano (FRANÇA e FIGUEIREDO JUNIOR, p. 216, 1997).

Conforme Borboletti (2007), o óbito ou o diagnóstico de anomalia fetal altera o fluxo natural do ciclo de expectativas e sonhos de todos os envolvidos no processo. Profissionais de saúde que atuam em Maternidades, possuem especificidades em suas atuações, pois, em sua maioria, se identificam com o ambiente de “nascimento”, “vida” e “acolhimento” do local. Lugarinho *et al.* (2016), afirmam que o enfrentamento cotidiano de situações difíceis pode levar os profissionais de saúde a um sofrimento intolerável e aumentar os níveis de adoecimento no trabalho.

De acordo com Magalhães (2015), a formação do profissional de saúde, em sua maioria, é regulada por protocolos de atuação rigorosos, o que favorece a dificuldade na escuta e acolhimento aos familiares. O ambiente hospitalar também é composto por tensões na equipe de saúde, devido ao confronto de saberes e poderes. Um número reduzido de profissionais de saúde frente a uma grande demanda de atendimento dificulta um acolhimento efetivo e favorece a fragmentação do cuidado.

As situações de difícil manejo na atenção materno-infantil, especialmente nas unidades intensivas neonatais, vão desde o impacto inicial do nascimento precoce ou distócias graves aos momentos mais duros de

esgotamento dos recursos de tratamento, configurando o diagnóstico de lesões permanentes ou a iminência da morte. Supõem ainda efeitos adversos decorrentes do próprio tratamento, como cirurgias e procedimentos altamente invasivos ao neonato. (MAGALHÃES, 2015, p. 22)

Magalhães (2015), reitera que as situações de difícil manejo podem gerar experiências traumáticas, tanto para o paciente e sua família, como para os profissionais de saúde que vivenciam em seu cotidiano situações-limite e lidam com o sofrimento daqueles que estão sob os seus cuidados. Tais experiências traumáticas são assimiladas ou elaboradas se o ambiente favorecer a expressão dos sofrimentos, com acolhimento das singularidades e provisão de laços cooperativos.

Com os recursos tecnológicos disponíveis, a UTI neonatal tem hoje as melhores condições para facilitar a sobrevivência física de bebês que nascem em sofrimento e risco e que, há pouco tempo atrás, não teriam condições de sobreviver e desenvolvimento. No entanto, ainda resta muito a construir para torná-la um ambiente emocional propício ao acolhimento e promoção da vida psíquica dos recém-nascidos. Neste sentido, é a atenção ao vínculo – dos pais com os bebês, dos profissionais com os bebês e os familiares, dos profissionais com a equipe interdisciplinar e das equipes com os gestores – que poderá dar suporte ou minimizar os efeitos traumáticos das adversidades que aí são vividas. (MAGALHÃES, p. 23, 2015)

Segundo Silva (2008), a formação do profissional de saúde é focado na objetividade quanto a doença, em geral ignorando o contexto psicossocial. Portanto, torna-se cada vez mais difícil a esse profissional desenvolver uma habilidade subjetiva e empática no acolhimento e na comunicação de notícias difíceis. É importante salientar ainda que a vivência, escolaridade e idade do médico pode divergir muito dos pacientes e familiares atendidos, fator que tende a dificultar a comunicação. Corroborado com esse raciocínio, Andrade e Andrade (2010), afirmam que o profissional de saúde possui dificuldade em acolher a família em casos de morte iminente em razão da formação do profissional ser centrada em aspectos científicos e não oferecer ao profissional instrumentos para lidar com situações subjetivas complexas. Menezes (2004), acrescenta que as normas, protocolos e procedimentos estabelecidos no ambiente hospitalar prejudicam a expressão das emoções e o diálogo entre os atores envolvidos.

Na maternidade, os pais e familiares do bebê muitas vezes se tornam dependentes dos profissionais de saúde para lidarem com uma situação traumática

e se familiarizarem com a condição e cuidado que o bebê necessita. Wigert; Blom e Bry (2013), relatam que diante da necessidade de o bebê permanecer na UTIN, a família se apoia nos profissionais que realizam desde procedimentos simples até os mais complexos, na tentativa de criação e fortalecimento do vínculo com a criança.

Quando a criança nasce e existe alguma intercorrência, a internação na UTIN é às vezes inevitável. A gravidade do caso faz com que o profissional de saúde dessa unidade tenha um cuidado especial dirigido a essas mães, no sentido de auxiliá-las na vivência desses novos significados atribuídos à maternidade com busca do alívio do sofrimento psíquico por ela vivenciado. A família, e especialmente a mãe, precisará de recursos para lidar com essa nova demanda de cuidado e auxílio para entrar em contato com o bebê e com a relação que ambos construirão.

Comunicar à família e à mãe sobre um estado crítico de saúde de um bebê na gestação ou quando recém-nascido é uma tarefa complexa que necessita de mecanismos de apoio. Tabajós (2007), defende que é importante o profissional de saúde utilizar recursos metodológicos e conhecimento teórico sobre a comunicação de notícias difíceis, porém, enfatiza a necessidade do profissional buscar estratégias criativas e inovadoras, tecendo, sempre, na reflexão sobre as práticas impositivas e hierarquizadas dos serviços de saúde e das relações dos profissionais com paciente e família.

De acordo com Oliveira, Orlandi e Marcon (2011), é crucial que os profissionais de saúde estejam juntos dos pais na primeira visita ao bebê na UTIN, pois é neste momento que concretizarão a notícia difícil, o que também possibilita um melhor acolhimento e vivência menos traumática. Sheeran; Jones e Rowe (2013), afirmam que os pais acreditam que o nascimento de um filho será um momento de enorme alegria, o que intensifica a dificuldade ao se depararem com a perda da experiência do nascimento de um filho saudável. A equipe de saúde também possui o papel de favorecer o encontro da mãe com o filho, pois, dessa forma, proporcionará a criação de vínculos.

A notícia difícil para a gestante que espera um filho que possui alguma malformação e/ou deficiência traz aos pais um sentimento de desamparo e apreensão. Luisada *et al* (2015) determina que a inclusão de um filho que possui algum problema de saúde afeta significativamente a dinâmica familiar. A forma e o momento que a família receberá a notícia é um fator significativo e relevante que

influenciarão em seu processo de adaptação. Os pais se sentem apreensivos frente à notícia, principalmente quanto ao futuro da criança.

É importante refletir sobre o papel do profissional da saúde na assistência ao parto de uma criança com deficiência. Importante considerar o fator surpresa, e que poucos profissionais sabem dá-la. A intensidade da situação envolve complexa e imprevisível repercussão no contexto familiar. A dificuldade em notificar a deficiência e seu impacto deixará marcas significativas nos familiares, em especial nos pais do recém-nascido com deficiência, por estarem envolvidos diretamente na situação (LUISADA et al, 2015, p. 122).

Segundo Cunha (2016), em muitos casos, os pais tomam conhecimento de alguma malformação ou deficiência do feto precocemente através do exame de ultrassom. Desta forma, a medicina fetal tem inicialmente o desafio de acolher os sentimentos de dor, desespero e culpa desta família.

Logo, um diagnóstico bem executado e esclarecidamente comunicado pode servir para que o casal e toda a família possa enfrentar de forma mais resiliente a situação, a partir da prática de um cuidado humanizado por toda a equipe de saúde. O cuidado humanizado certamente ajudará na elaboração do luto vivenciado pelos pais logo após as reações iniciais ao diagnóstico de malformação, auxiliando-os a lidar com os sentimentos ambivalentes de esperança e medo, sofrimento e confiança, otimismo e pessimismo resultantes das diferentes expectativas positivas e negativas criadas por uma gestação de risco (CUNHA, 2016, p. 603).

Fazer com que um profissional de saúde tenha conhecimento e habilidade para lidar com a demanda que a família, paciente e pais irão dispor, se torna uma tarefa árdua e complexa. Porém, diante do número de intercorrências que existem no ambiente hospitalar, aliado à insegurança, dúvida e medo, já herdados do período da gestação, torna-se importante que o profissional e equipe decidam como serão realizadas as transmissões de notícias difíceis, além de quando será possível afirmar à família o direito do conhecimento sobre o caso, demonstrando esclarecimento e acolhimento.

2.3 Trauma individual e coletivo diante do manejo de situações difíceis a gestantes e sua família

Este tópico tem o objetivo de abordar o processo subjetivo dos fenômenos traumáticos, apontando os vieses psíquicos diante da catástrofe vivida pelos

sujeitos. Posteriormente, será contextualizado o processo individual e coletivo da gestante e sua família, fomentando a movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático, onde será analisada a importância do acolhimento e manejo frente a uma situação difícil para contribuir no processo de elaboração psíquica dos envolvidos.

A chegada de um bebê modifica a dinâmica e interação familiar e leva a mudanças na estrutura e no cotidiano das famílias, podendo envolver uma gama de sentimentos, sobretudo ansiedade, angústia, insegurança e medo, que podem estar presentes desde o período gestacional. Esses sentimentos se originam, em parte, do conflito entre a projeção do filho ideal e o filho real. As preocupações em relação à sobrevivência e ao futuro da criança, o desconhecimento sobre como cuidar, a sensação de culpa, impotência e dependência demandam uma maior atenção das equipes de saúde para a necessidade de apoio psicossocial mais específico às famílias que vivenciam essa situação. (BRASIL, 2017, p. 4)

Segundo Kamers (2001), a pré-história do sujeito é a lógica significativa que se inicia desde o período de gestação. A pessoa que exercerá a função de mãe projetará o simbólico ao bebê, idealizando sua imagem, o inserindo na vida familiar e também construindo expectativas para o seu nascimento. A pré-história construída para o bebê é de fundamental importância para a criação do seu lugar no ambiente familiar, para o imaginário materno e à formação da relação mãe-bebê.

De acordo com Maia (2005), o processo de diferenciação que ocorre entre o eu nascente e o meio externo já é uma experiência traumática. Os eventos traumáticos decorrentes do nascimento viabilizariam o processo de constituição psíquica. Desta forma, é necessário que exista uma rede de afetação positiva em torno do “eu” diante do mundo, para que não haja o risco de um desdobramento patológico frente a experiência traumática. É através do contato do eu com o mundo que o trauma irá se constituir como subjetivante, ou dessubjetivante.

O sujeito ao nascer é acolhido por uma rede de significantes e de palavras, que irão lhe dar um lugar, um significado. Dessa forma, o sujeito toma inconscientemente uma posição em relação a esses significantes que o acolhem, deixando-se marcar por eles. Roudinesco e Plon (1998), em consonância com Lacan, proclamam que o significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante, é o que irá nomeá-lo, significando o sujeito. Porém, é a partir do Outro

que a cadeia de significantes irá ser dirigida, representando e configurando o seu significado. Lacan (1985, p. 193-194) afirma que: “O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer.”

“(...) a vivência traumática ocorre por um excesso emocional inassimilável e irreduzível ao campo das significações vigentes; o episódio traumático se dá no limite das possibilidades de narrativa.” (MAIA, 2005, p. 94). A dor somente ganhará significância a partir das excitações do psiquismo frente a rede de afetos experimentada. É a partir do afeto que haverá uma movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático. O trauma desestabiliza momentaneamente as construções psíquicas operantes, acarretando vários desdobramentos e reflexões. Quando se lida com os aspectos dessubjetivantes do trauma, há um limite frente a possibilidade de narrativa, desafiando a elaboração psíquica sobre o ocorrido, não havendo possibilidade de mediação.

De acordo com o *Guia prático da saúde para profissionais e equipes de saúde, apoio psicossocial a mulheres, gestantes, famílias e cuidadores de crianças com Síndrome Congênita por vírus Zika e outras deficiências*, publicado em 2017 pelo Ministério da Saúde, o nascimento de uma criança exige adaptação da família. Quando esta criança nasce com algum problema de saúde, podem surgir sentimentos de frustração, culpa, ou até mesmo um comportamento excessivo de zelo e cuidado. Diante desta realidade, a equipe de saúde detém um papel importante de acolhimento e escuta desta família. Importante a observação da equipe e sua atuação preventiva quanto a eventuais episódios de depressão ou sofrimento psíquico.

Maia (2005), pontua que foi a partir dos relatos dos sobreviventes da Primeira Guerra Mundial que Freud formulou sua reflexão sobre os processos traumáticos. Igualmente, a Segunda Guerra Mundial serviu de referência para a elaboração de diversos trabalhos teóricos e clínicos de psicanalistas, material que gerou a reflexão das patologias frente aos processos traumáticos.

As experiências relatadas do holocausto, ocorrido na Segunda Guerra Mundial, demonstra com clareza o fenômeno traumático e as experiências do trauma dessubjetivante. O trauma dessubjetivante resiste às diversas tentativas de elaboração e de inscrição psíquica. O maior problema que se coloca frente a tentativa de narrativa do horror diz respeito à sua

irrepresentabilidade: a experiência do horror é incomensurável e nenhuma palavra ou conceito poderá fazer jus à sua tradução. (MAIA, p 146, 2005)

A autora sublinha que a experiência traumática pode trazer consequências subjetivantes, no qual mesmo diante de uma desordem psíquica é possível encontrar uma rede de afetação positiva com o mundo, possibilitando uma impressão de marcas psíquicas. Desta forma, na medida em que essa experiência traumática for sendo transpassada, o sujeito torna-se capaz de garantir uma base psíquica.

A experiência dessubjetivante se constitui a partir de uma brusca ruptura do sujeito com o social, não sendo possível uma mediação do sofrimento e da dor: "(...) aquilo que vive é da ordem do horror." (MAIA, p 146, 2005). A quantidade de dor e angústia pode acarretar no sentimento de ruptura do eu, levando o sujeito a criar defesas psíquicas para sanar o sofrimento. O trauma promove impacto no sentimento de si, sendo compreendido como uma catástrofe. Para que ocorra o trauma, é inevitável a existência do inesperado, do efeito surpresa. Antes da catástrofe, há um sentimento de segurança de si, porém, a partir da ruptura, o sujeito é inundado por questionamento acerca de suas razões.

Maia (2005), formula que a catástrofe proporciona um desdobramento psíquico no qual o fato é visto como impossível de ser significado ou superado pelo sujeito. Os mecanismos de defesa, formas pelas quais o sujeito dá significado e compreensão diante do trauma ocorrido, não se tornam potentes diante da catástrofe. O sujeito, diante do inesperado, busca dar significado ao ocorrido e fazer uso de suas representações passadas, visando elaborar o trauma e se proteger. Na tentativa de se preservar, o sujeito busca defesas em seu meio para se proteger diante do agente nocivo, porém, o meio não corresponde ao esperado. Desta forma, diante da recusa do meio em responder à expectativa traumática, há a possibilidade de se configurar a patologia, incluindo a possibilidade de autodestruição.

Identifica-se nesse período uma desorientação psíquica, onde o sofrimento se desloca entre o psiquismo e o corpo, fazendo com que a angústia traumática adquira novos formatos, como "medo da loucura". De acordo com Lima (1998), a vivência do luto em relação ao filho idealizado é um desencontro que se dá lentamente, possibilitando que a mãe vá desinvestindo no filho de sua fantasia e reinvestindo ou contornando como objeto outros traços relativos a este filho.

Pereira (2018), afirma que a experiência de receber uma comunicação difícil no contexto de uma UTI neonatal expõe o sentimento de impotência para todos os envolvidos. A angústia e expectativas frente ao sentimento que já é construído socialmente na formação de uma família e na constituição da maternidade, fazem com que o ideal seja quebrado.

2.3.1. Trauma individual e coletivo diante da comunicação do óbito do bebê

O óbito de uma criança constitui frustrações de sonhos, desejos e fantasias por parte dos pais e da família. Este tópico tem o objetivo de abordar a vivência traumática individual e coletiva do óbito do bebê. Acredita-se que o conhecimento dessa vivência traumática sirva para contextualizar o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis no ambiente da maternidade.

Segundo Bartilotti (2007), a morte produz uma dor de difícil manejo e lenta recuperação, pois rompe com o equilíbrio de segurança e controle da família. Não obstante, há tendência da família e do profissional de saúde de idealizar a maternidade e a gestação, imaginar um final feliz. Aponta que, mesmo diante dos medos e riscos presentes nesse período, com frequência ocorre um processo de negação, que pode acabar por desvalorizar esses sentimentos.

A autora sublinha que é difícil elaborar a ideia que mesmo diante dos avanços tecnológicos da obstetrícia, da medicina fetal e da pediatria, os bebês podem vir a óbito mesmo sem nenhum problema aparente na gravidez e no parto. A construção social e a idealização pessoal diante do nascimento do bebê mobilizam e criam expectativas para todos os envolvidos no processo. Esse movimento natural em torno do bebê faz com que a desconstrução desse processo seja doloroso e de difícil manejo.

Pereira (2018), afirma que os profissionais de saúde possuem dificuldades em realizar a comunicação do óbito dos bebês, assim qualquer notícia com referência ao prejuízo da saúde. Aponta que grande parte das mães percebem através da sua interação com o bebê que há algo de errado com a saúde do filho. O retorno da equipe de saúde em dar informações sobre o quadro clínico do bebê ainda ocorre tardiamente. Salienta que em alguns momentos os procedimentos médicos são realizados, as medicações são prescritas e, ainda assim, não é

disseminada uma informação clara pela equipe médica quanto aos manuseios do recém-nascido.

Para Pereira (2018), o não preparo da equipe de saúde na comunicação de uma notícia de óbito acaba por se tornar uma violência com a mãe e sua família. Relata que frente a não comunicação anteriormente do real estado de saúde do recém-nascido, não é possível um preparo da família frente a possibilidade do óbito. Não ocorre a participação da família diante das decisões tomadas pela equipe médica, fatores que geram sentimentos de angústia, desconhecimento da realidade e dificuldade na elaboração do luto.

Foi uma ignorante, não soube falar: “Quem é do leito tanto?” Eu disse: “Sou eu”. Ah, seu filho acabou de falecer. Vai preparando o velório.” (Lucinha) Me perguntaram: “Ah, tu tá chorando por quê?” Como chorando por quê? Que pergunta é essa? (Bertha) Quando ela disse meu nome que eu comecei a chorar, ela disse: “Vixe, ela já tá chorando, eu nem disse ainda o que é.” Aí, quando ela chegou perto de mim ela disse: “Olha, mãe, Deus sabe o que faz.” Não! Não é assim! Foi isso que me abalou mais, sabe? Ela dizer: “Olha, mãe, Deus levou ele, mas é assim mesmo.” Não! (Frida). (PEREIRA, 2018, p. 424).

O autor sublinha que quando a equipe de saúde não se encontra apta em comunicar uma notícia de óbito, possivelmente todo o acolhimento e transmissão de informações anteriores foram falhas. Afirma que uma equipe que não se coloca sensível na atenção ao parto, no nascimento do bebê e no período de internação, dificilmente realizará uma comunicação de óbito acolhedora e empática.

Para Bartilotti (2007), o óbito fetal ou do recém-nascido desestabiliza o papel feminino da mãe, pois ela se sente ineficiente na missão de procriar. Há uma ferida na feminilidade da mulher diante do insucesso na perspectiva de ser mãe. Em algumas mulheres a morte do bebê pode gerar sentimentos de culpa. Caso, durante a gestação, a mãe tenha tido algum período de negação da gravidez, o sentimento de culpa pode ser ainda mais intenso. Diversas interpretações podem surgir após a notícia do óbito do bebê, inclusive a de que óbito é consequência de castigo por “má ação”.

Simultaneamente, é necessário ressaltar que, quando a morte cessa uma trajetória de gravidez há uma sobreposição de perdas: “criança morta” é também “mãe morta”. A edificação do papel de mãe e a identidade materna que vinham se desenvolvendo lentamente são, de forma abrupta, interrompidas. Sentimentos de intenso fracasso, de incapacidade e de

inferioridade são despontados pela impossibilidade de gestar o próprio filho (BARTILOTTI, 2007, p. 68).

De acordo com Monteiro (2015), a comunicação da perda perinatal é um desafio para os profissionais de saúde. Desta forma, pontua que frente ao não preparo em realizar o manejo de situações complexas e conseqüentemente de transmitir uma notícia de óbito, os profissionais de saúde não desenvolvem uma ação empática e acolhedora, tendo pouca habilidade para lidar com a dor do outro. Devido à falta de estratégias frente a uma situação complexa, os profissionais de saúde podem agir com frieza na dinâmica de relacionamento com a família. Fator que favorece a família a desenvolver uma experiência traumática desestruturante diante do ocorrido por não ter tido o suporte emocional devido.

Iaconeli (2007), determina que as pessoas possuem dificuldade em lidar com a tristeza, tanto própria quanto alheia. Cada vez mais a tristeza é rechaçada, abominada. Desta forma, diante de uma perda, as pessoas são impelidas a voltarem cada vez mais rápido à sua rotina, o que possibilita a dificuldade de elaboração do luto.

Já Bartilotti (2007), afirma que, a despeito de um forte pensamento corrente que acredita que o sofrimento da perda de um filho é proporcional ao tempo de convivência com os pais, o que tende a ocorrer é justamente o contrário: a dor de uma perda na gestação pode ser tão intensa ou até pior do que a perda de um filho pós-parto.

E é nesse contexto, permeado pela falta de espaço para a expressão da dor, que as repercussões emocionais diante da ocorrência do óbito fetal começam a ser relegadas e a elaboração do luto não é processada psicologicamente. A isso se associam as “reparações mágicas”, traduzidas pela presença de palavras bem-intencionadas e pelas marcas de simpatia habituais dirigidas aos pais: “Antes agora, que era pequenino, do que depois de grande...”, “Melhor assim, pois quanto mais cedo se perde, menos se sente...”, “Você é jovem, pode tentar de novo...”, “Há males que vêm para o bem...”. Ou seja, reprime-se a dor e não se permite que esta siga seu curso. Procura-se remediar a dor do outro com argumentos contrários à questão da morte (BARTILOTTI, 2007, p. 68).

Portanto, devido à dificuldade de elaboração do óbito fetal, são deixadas marcas e interrupções no luto. Isso resulta em tentativas da mulher de engravidar o mais rápido possível novamente na intenção de amenizar o sofrimento e o “fracasso” na experiência de ser mãe. Prosseguindo, a autora destaca a importância do profissional de saúde em ter um conhecimento mais aprofundado da

peculiaridade desse processo. Saber sobre a dificuldade da elaboração do óbito fetal e seus significados para a mulher e família são significativos para o processo de luto e para o cuidado.

Essa vertente torna-se ainda mais delicada quando é valorizada não só pelos familiares, mas também pela equipe de saúde que, não raro, evidencia seu despreparo para lidar com a dor e a angústia do outro, com o luto por sua fantasia de onipotência e, principalmente, com seus próprios conflitos na relação com a morte ou com a iminência desta. Problema ainda mais sério consiste na utilização de estratégias defensivas de negação e exclusão, que podem ser traduzidas pelas conhecidas reações de afastamento, as quais comprometem significativamente a assistência e o papel terapêutico, tão essenciais aos pais e familiares nesse momento (BARTILOTTI, 2007, p. 68).

Conforme Pereira (2018), as pessoas dificilmente esquecem o momento e a forma com que são comunicados sobre a morte de um filho, se tornando uma memória pétrea que sempre gerará repercussões. Desta forma, enfatiza que o conteúdo e a forma de como a notícia é transmitida são essenciais para proporcionarem uma concretização sobre a perda e favorecer uma vivência saudável do luto.

Para a elaboração do luto, as pessoas devem ser encorajadas a compartilhar os sentimentos provocados pela perda. No luto, não há fórmula para mitigar a dor, mas é possível estar presente e mostrar ao enlutado que ele não está sozinho e que vivenciar a perda é necessário. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam ser mais bem preparados para que possam oferecer acolhimento e suporte nessas situações. Precisam ter experiência técnica e assumir uma postura ética e acolhedora, pois é por meio delas que o familiar desenvolverá confiança e segurança. (PEREIRA, 2018, p. 425)

O autor sublinha que a volta da família para casa sem o bebê é a etapa que concretiza a perda do filho. A saída da maternidade e ida para casa costuma ser idealizada pela família como um momento de alegria e comunhão com os familiares, sendo a etapa de inserção do bebê ao ambiente familiar. Porém, quando ocorre o óbito, retornar à casa se torna uma situação de constrangimento.

Proporcionar um ambiente que torne possível expressar as emoções é necessário para a elaboração do luto. Reprimir o sofrimento pode acarretar consequências danosas em outros momentos. Outrossim, existem abordagens terapêuticas que possibilitam maior auxílio aos pais na elaboração do luto. Os profissionais de saúde têm um importante papel nesse processo, pois, nesse

momento, são os responsáveis em ofertar cuidado e manusear da melhor forma a situação.

Permitir que os pais visitem o recém-nascido, toquem-no – caso queiram -, sugerir que lhe dêem um nome, que organizem um funeral, que recolham as lembranças possíveis, são estratégias que, certamente, favorecerão a saúde psíquica de muitos casais. Ademais, podem ser excelentes instrumentos de alívio, na medida em que facilitam a exteriorização da dor e do luto num espaço onde a continência social é demonstrada. (BARTILOTTI, 2007, p. 68).

Portanto, proporcionar um ambiente facilitador de contato e espaço à expressão dos sentimentos é um auxílio significativo para a elaboração do luto. Essas ações não determinam a ausência de sofrimento por parte da família, mas proporcionam que o sofrimento seja menor e que a possibilidade de elaboração ocorra de forma mais saudável e não desenvolva alguma patologia.

2.4 Considerações sobre a saúde do trabalhador que cuida da saúde

Este tópico aborda aspectos que permeiam a saúde do trabalhador da área da saúde, seus desafios e as influências em sua saúde emocional. De acordo com Marx (2008), o trabalho é definido como a utilização da força em produção, uma função que interage com a natureza a fim de transformá-la. O trabalho humano possui um objetivo, ou seja, uma finalidade prefigurada.

O trabalhador da saúde possui funções específicas, pois além de ser necessário deter conhecimentos técnicos e científicos, também lida com o cuidado direto do outro (paciente, usuário). Ceccim (2005), afirma que os trabalhadores da saúde não podem ser vistos somente como recursos da produção de trabalho, mas como autores sociais da produção de saúde. A equipe de saúde atuando de forma participativa e centrada nos usuários é uma forma de trabalho que garantiria, no seu ponto de vista, uma melhor resolução nos atendimentos.

Segundo Franco e Merhy (2005), o trabalho em saúde centrado no usuário proporciona um atendimento mais efetivo e colaborativo. Esta visão faz com que a atuação profissional não fique limitada somente a procedimentos e exames, pois abre espaço para as vivências e construção de afeto. Desta forma, apontam que o objetivo do profissional da saúde não é somente ser responsável por buscar uma

resolubilidade da mudança do estado da saúde física do paciente, mas também de proporcionar acolhimento, caráter relacional em sua atuação e trabalho em saúde.

Merhy (2007), lembra a importância do profissional de saúde ter um olhar reflexivo para verificar com mais eficácia o interior dos serviços de saúde para que, assim, seja possível refletir sobre os processos de trabalho. Também relata sobre a necessidade da transformação dos serviços de saúde, dado que cada equipe e cada trabalho dependem de análises específicas para que ocorram mudanças na prática e proporcionem uma melhor atuação e saúde.

A transformação dos serviços de saúde, portanto, é possível a partir de mudanças no processo de trabalho, desde que se permita que o trabalho vivo, que opera com base no conhecimento e nas relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários, seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços/estabelecimentos (MERHY, 2007, p. 141).

O autor prossegue afirmando que o foco em tecnologias relacionais, como o acolhimento dos usuários e de suas queixas e o estabelecimento de vínculo com o objetivo de facilitar a anamnese e a compreensão do problema, pode resultar na construção de um projeto terapêutico com respostas mais viáveis e resolutivas. Enfatiza que as tecnologias relacionais são tão imprescindíveis quanto um estetoscópio ou uma máquina de raio X.

O avanço tecnológico proporcionou maior mecanização dos serviços de saúde. Esse fator não prejudica somente a qualidade dos atendimentos, mas gera dificuldade de relacionamento da equipe hospitalar e pode resultar em sofrimento psíquico dos profissionais de saúde em face de situações de difícil manuseio. Na medida em que a relação profissional e usuário é prejudicada, entra em déficit também a capacidade do profissional de saúde de desenvolver habilidades em situações difíceis. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), as doenças mentais são responsáveis por redução significativa de oferta de trabalho, pelo aumento do absenteísmo e pela exclusão social de milhares de pessoas, gerando altos custos econômicos e sociais.

Souza e Bernardo (2019), relatam que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), 30% dos trabalhadores dos países industrializados sofrem com algum tipo de transtorno mental. Alegam que no Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Previdência

e Assistência Social (MPS), houve aumento na incidência de doenças psíquicas entre a população em idade produtiva, o que atualmente representa a terceira maior causa de afastamento do trabalho no país.

Os autores sublinham que o adoecimento do profissional da saúde é real e está em escala crescente. Afirmam que os avanços tecnológicos, o aumento da demanda de trabalho e a instabilidade econômica favoreceram no crescimento das taxas. Atualmente as práticas do profissional da saúde se apresentam de forma mais exigente e mecanizada, o que enfraquece as relações coletivas e o significado da atuação.

Para Souza e Bernardo (2019), existe negligência do governo e das instituições de saúde no auxílio e na implantação de estratégias para melhorar a qualidade das condições e ambiente de trabalho. Frente a ausência de iniciativas e políticas públicas para mitigar o adoecimento do profissional da saúde, não ocorre apoio ou acompanhamento da instituição de saúde caso o afastamento do trabalhador seja necessário, ocorrendo ainda, muitas vezes, preconceito e obstáculos na garantia dos seus direitos.

Brotto e Dalbello-Araujo (2012), analisam que as principais características responsáveis pelo adoecimento ligado ao trabalho são: violência por parte dos usuários; estresse da urgência e da emergência; fragilidade no vínculo empregatício; contato com o sofrimento humano; não uso do equipamento de segurança e conflitos interpessoais no trabalho. Apontam que os profissionais de saúde são vítimas diretas da negligência dos governos à saúde pública e alertam que, devido a precarização do serviço nos estados e municípios, os profissionais ficam limitados e sobrecarregados.

Ainda de acordo com os autores o adoecimento tem aumentado e impactado diretamente na própria prática do trabalho. Estratégias para a garantia do direito da saúde dos próprios trabalhadores da saúde é de extrema importância para a existência de um sistema público de saúde de qualidade. Também salientam que o adoecimento do trabalhador ocorre de forma tão frequente nas instituições de saúde, que existe uma naturalização desse adoecer e um entendimento de que o adoecimento é consequência da profissão e trabalho escolhido.

Todavia, parece-nos premente salientar que este aprofundamento não pode se furtar de repensar o processo de adoecimento dos trabalhadores deste setor enquanto algo naturalizado. Isto porque, esta naturalização

perpassa tanto as considerações teóricas, quanto as percepções de gestores de saúde. E, enquanto um fenômeno naturalizado, este representa um perigo, visto que restringe as possibilidades de se vislumbrar estratégias de seu enfrentamento que não se reduzam a medidas paliativas e/ou circunstanciais (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012, p. 13).

De acordo com Rocha, Souza e Teixeira (2015), a globalização da economia e as mudanças sociais e econômicas influenciaram no mundo do trabalho e no adoecimento dos trabalhadores. Enfatizam que a flexibilização dos direitos trabalhistas e a nova configuração do mundo do trabalho fizeram com que os profissionais tivessem a necessidade de multiempregos devido à dificuldade do crescimento e plano de carreira profissional. Tanto mais porque como a medicina ainda é considerada uma profissão com significativo reconhecimento social, raramente o profissional abandona o ofício, embora os sinais de insatisfação e adoecimento mental possam evoluir.

Para Rocha, Souza e Teixeira (2015), há uma naturalização da ideia de que o profissional de saúde precisa trabalhar mais de cem horas semanais, sem a ausência de pausas na rotina laboral, o que está excessivamente acima do estabelecido pela legislação trabalhista (CLT): 44 horas semanais. A insuficiência de pausa repercute negativamente sobre a saúde e a vida social dos trabalhadores, o que favorece a adoecimento do profissional.

Outro fator que se tornou comum entre os profissionais de saúde, principalmente os médicos, é a prática de automedicação. Devido a carga horária excessiva de trabalho e as tensões do ambiente hospitalar, as queixas de insônia, asma, cefaleia, dores musculares, alterações do humor, taquicardia, estresse, depressão, hipertensão arterial, gastrite, queda de cabelo e tensão são frequentes. Portanto, frente a esses sintomas e a negligência dos profissionais de saúde quanto as suas próprias saúdes, instaurou-se o costume e o hábito do autodiagnóstico e da automedicação .

Segundo Dejour (1998), o trabalho tem importância fundamental na vida do indivíduo, pois funciona como um operador de identidade e ativador na realização de si mesmo. A operacionalização do trabalho mobiliza processos subjetivos e intersubjetivos, havendo uma dinâmica entre o sofrimento e o prazer. Para que o trabalhador mantenha o equilíbrio emocional são gerados uma série de procedimentos de regulamentação para que ocorra a defesa. Desta forma, quando

as condições de trabalho se tornam estressoras e geram sofrimento psíquico, as estratégias de defesa diminuem e o adoecimento pode ser uma consequência.

Para Dejour (1998), o trabalhador dócil e disciplinado é o primeiro a adoecer no trabalho, já que ele é entregue às dificuldades inerentes da atividade laborativa, sem possuir uma defesa reforçada. A maioria dos trabalhadores não conseguem preservar seu equilíbrio psíquico no trabalho, tornando-se perceptível uma normalização das patologias psíquicas entre os profissionais. Desta forma, as relações de trabalho privam o trabalhador de sua subjetividade, amalgamando-o com seu próprio trabalho e conseqüentemente vitimando-o.

Desta forma, Rocha, Souza e Teixeira (2015), alegam que o profissional da saúde se tornou vítima de um sistema de trabalho que lhe exige sobrecarga das horas trabalhadas, especialmente em plantões, aliado a condições precárias com remuneração por procedimento e, no setor privado, baixa remuneração e elevada frequência de queixas físicas e psíquicas. Apontam para a necessidade de mudanças profundas na organização do trabalho em saúde.

Para Pereira *et al.* (2018), no ambiente hospitalar o profissional de saúde é exposto a vários desafios que lhe exigem habilidades na manipulação de situações difíceis. A exposição a diversas situações de difícil manejo e uma não capacitação do profissional à prática o coloca vulnerável ao sofrimento psíquico. Dessa forma, o profissional da saúde se vê sozinho e sem instrumentos para adequar à sua rotina de enfrentamento de situações difíceis.

Os autores sublinham que grande parte dos profissionais de saúde possuem dificuldade na comunicação de notícias difíceis e esse seria um fator de estresse e ansiedade na equipe hospitalar. Portanto, a dificuldade em lidar com a comunicação de notícias difíceis, atrelado a todo contexto de violência que o profissional da saúde vivencia em sua prática de trabalho, contribuem para o seu sofrimento psíquico.

2.4.1 O Uso do Protocolo SPIKES no ensino de habilidades na comunicação de notícias difíceis.

Visto que a comunicação de notícias difíceis é um desafio premente ao ambiente hospitalar e que a falta de capacitação nessa prática pode proporcionar

sofrimento psíquico ao profissional da saúde, este tópico tem o objetivo de abordar os conceitos que permeiam a comunicação de notícias difíceis com base no Protocolo SPIKES. Este protocolo é um instrumento de ensino e habilidades voltado para gerar capacitação e preparo em comunicação aos profissionais de saúde.

Buckman (1992), aponta que a notícia difícil em saúde é qualquer informação que afete negativamente a perspectiva de futuro do indivíduo. Afetação que se estende também à família, amigos próximos, profissionais e gestores que oferecem o serviço. A notícia difícil não é somente o resultado de um exame, a informação da certeza ou possibilidade de morte, mas também, todas as perdas do tratamento, incluindo a fase de reabilitação e internação. Sendo assim, uma notícia difícil pode ter a extensão do período de internação, a realização de um outro procedimento cirúrgico, aumento ou mudança da medicação/tratamento, resultado de um exame, entre outros acontecimentos presentes no cotidiano hospitalar:

(...) as notícias difíceis incluem não apenas diagnósticos clínicos, mas também uma série de perdas e reveses ao longo do tratamento, podendo se estender à fase de reabilitação. Podem se referir às malformações, aos agravos clínicos, às intercorrências no parto e na gestação ou a qualquer fator que provoque sequelas, incapacidades, sofrimento ou morte, tanto para o feto ou neonato quanto para a mãe. As más notícias são particularmente difíceis em sala de parto, onde não há tempo para preparar-se e o impacto atinge intensamente os pais e os profissionais. (LUGARINHO *et al.*, 2016, p. 69)

Para Afonso e Minayo (2016), o médico é o principal mensageiro da notícia difícil, o responsável por transmitir o diagnóstico, prognóstico e insucesso do tratamento. Defendem que comunicar uma notícia difícil exige uma compreensão de si mesmo e do sentido de vida do profissional de saúde. Fator importante para que o transmissor da notícia possa desenvolver o manejo e linguagem na comunicação. Apontam que a prática de transmitir uma notícia difícil envolve as emoções, aspectos psicológicos e sociológicos da categoria profissional.

Diante da dificuldade dos profissionais de saúde, principalmente médicos, em comunicar a seus pacientes o diagnóstico de uma doença indesejada, Robert Buckman publicou em 1992 o Protocolo SPIKES, na tentativa de facilitar a comunicação de notícias difíceis, tornando o processo mais didático. Este Protocolo ainda hoje é referência internacional nos estudos da temática.

O Protocolo SPIKES possui seis etapas: a primeira, *Setting up*, refere-se à preparação de um ambiente privado e acolhedor, além da maneira como o

profissional de saúde irá se apresentar ao paciente; a segunda, *Perception*, observa o que o indivíduo sabe sobre seu diagnóstico e prognóstico; em seguida, a etapa *Invitation* avalia o quanto o paciente deseja saber sobre seu diagnóstico, sua capacidade e seu preparo emocional para receber a informação; o quarto ponto, *Knowledge*, consiste na informação referente à notícia propriamente dita, de forma compreensível, realista e acolhedora; no quinto momento, *Emotions*, o médico deve lidar com as diversas emoções do indivíduo de maneira empática; por fim, na fase *Strategy and Summary*, devem ser consideradas as estratégias terapêuticas e o prognóstico para uma adequada orientação, minimizando a ansiedade do paciente, mostrando as reais possibilidades de tratamento e buscando a confiança necessária para que o paciente adira ao tratamento.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) junto ao Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, publicam em 2010 uma intervenção realizada junto aos profissionais de saúde, na qual utilizaram o Protocolo de SPIKES como referência para capacitar profissionais da saúde em habilidades de comunicação de notícias difíceis ao paciente com câncer e sua família.

O Código de Ética Médica (2016), determina como um dever do médico a comunicação e revelação do diagnóstico e prognóstico do paciente. Outrossim, acredita-se que o Protocolo SPIKES possa fornecer um direcionamento na comunicação de notícias difíceis de forma que possibilite o profissional de saúde a comunicar a notícia de forma acolhedora e empática.

Lugarinho *et al.* (2016), assinalam que, apesar de ser denominado como um “protocolo”, não há um caráter normativo e rígido a ser seguido, pois a notícia difícil necessita ser singularizada em cada caso. Desta forma, o protocolo deixa espaço para as adaptações criativas da equipe ou profissional diante de suas condições e realidade de serviço. A comunicação de uma notícia difícil torna-se em alguns casos uma rotina para a maioria dos profissionais da saúde. Assim, compreende-se a importância do desenvolvimento do manejo na comunicação de notícias difíceis, para um melhor cuidado ao paciente, sua família e também para o profissional de saúde, sendo assim capaz de oferecer um suporte frente ao processo de comunicação, reduzindo o impacto emocional.

Podem se inserir às malformações, aos agravos clínicos, às intercorrências (...) ou a qualquer fator que provoque sequelas, incapacidades, sofrimento ou morte.” (LUGARINHO *et al.*, 2016, p. 69)

Segundo Lugarinho e Rosario (2010), há a necessidade de implementar ou ampliar atividades que sejam voltadas para o cuidado da saúde dos profissionais de saúde diante da comunicação de notícias difíceis. Aponta que as atividades do trabalho são suscetíveis para potencializar tensões e gerar sofrimento quando não existe o devido suporte. Pontua que cuidar de paciente com doenças de alta complexidade demanda um contato com situações de dor, sofrimento e perda. Relata que os profissionais de saúde nessas situações se colocam na posição de testemunhas do sofrimento alheio, o que gera sobrecarga física e emocional e pode reforçar casos de desgaste emocional.

O profissional de saúde possui dificuldade de comunicar uma notícia difícil quando o paciente agrava, tendendo a se afastar do vínculo profissional-paciente, quando há a necessidade de notificar a notícia de óbito para a família. Complementa que não existe a prática e o hábito entre os profissionais de saúde de conversarem sobre a dificuldade de lidarem com o sofrimento e dor de seus pacientes, o que gera um sentimento de solidão em muitos profissionais. Muitas vezes, os profissionais, diante de tal dificuldade, possuem o sentimento de dúvida em relação a sua capacidade de cuidar do paciente.

Lugarinho e Rosario (2010), também salientam que o profissional de saúde, em muitos casos, não recebe o preparo em sua formação para lidar com as questões que envolvem comunicar uma notícia difícil, principalmente em casos de iminência de morte infantil. Não obstante, ainda há dificuldade do profissional em procurar quando necessita. Verifica-se que os profissionais cuidadores necessitam estar em condições para oferecer seus serviços e habilidades aos pacientes, como também, de manter sua integridade e autocuidado diante de sua prática. Oferecer um espaço de cuidado à equipe, conseqüentemente, proporciona melhor assistência aos pacientes. Além do profissional de saúde ofertar uma prática adequada e atender a demanda de trabalho técnica e operacional, também é necessário o preparo do profissional em administrar a sobrecarga emocional produzida pelas suas atividades.

Segundo Pereira *et al.* (2018), o profissional de saúde precisa de um preparo para realizar a comunicação de notícias difíceis. Defende que o apoio institucional

faz parte desse preparo. Nesse contexto, a instituição de saúde possui um importante papel em realizar capacitação e oferecer conhecimento sobre o tema, sendo um relevante espaço de troca de experiências. Entretanto, ainda são insuficientes as políticas institucionais voltadas à atenção e o cuidado à saúde dos trabalhadores.

Segundo Lugarinho *et al.* (2016), o Protocolo SPIKES possui seis etapas, onde a primeira é o planejamento da entrevista. Etapa em que é necessária rever os dados de resultados de exames, tratamento e estado de saúde do paciente. Também é importante, neste momento, a avaliação dos sentimentos do profissional que transmitirá a notícia. A escolha do local que ocorrerá a notícia difícil deve ser um espaço sem interrupções, um ambiente acolhedor ao paciente e sua família. Inclui nesta etapa, a partir do desejo do paciente, a presença de pessoas importantes para ele. É essencial nesta etapa que o profissional se coloque disponível ao paciente.

A segunda etapa consiste na avaliação da percepção do paciente, verificando qual o conhecimento que ele possui sobre o seu quadro clínico e o que pesquisou em fontes como internet ou outros profissionais. Analisar qual a compreensão que o paciente possui de seu estado de saúde, se nega a doença ou possui expectativas não realistas do tratamento. Após deter os fatos, corrigir informações que não se adéquem à realidade do estado clínico do paciente e moldar a notícia difícil para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.

A terceira etapa consta em avaliar o desejo do paciente em obter conhecimento do seu estado de saúde. Importante analisar desde o início do tratamento ou das consultas, se o paciente realiza o movimento de oferecer a outra pessoa (acompanhante), a responsabilidade de receber informações sobre o seu estado clínico. Importante verificar se o paciente deseja receber informações detalhadas sobre o diagnóstico, prognóstico, ou se prefere absorver as informações gradualmente. É imprescindível se colocar disponível para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos.

A quarta etapa responde por como o profissional de saúde transmitirá a notícia difícil ao paciente. De início, é importante mencionar com delicadeza que más notícias estão por vir, oferecendo tempo ao paciente a se colocar atento para escutar. Na comunicação, não é válida a utilização de termos técnicos, mas sim um

vocabulário acessível à compreensão do paciente, evitando uma dureza excessiva e amenizando a transmissão de detalhes desnecessários. Deve-se pontuar aos poucos as informações e conferir se o paciente está de fato compreendendo as explicações. Ressalta-se também a importância de evitar transmitir desesperança e desistência.

A quinta etapa é o momento de oferecer respostas afetivas às emoções e sentimentos do paciente e/ou de seu(s) familiar(e)s, ofertar verbalmente a disponibilidade para auxiliá-los. Dar um tempo para se acalmarem e darem continuidade ao acompanhamento. Nesta etapa é importante que o profissional busque respostas de reconhecimento e sintonia afetiva, ensaiando perguntas exploratórias que favoreçam a expressão dos sentimentos e das preocupações.

A sexta etapa é o momento de resumir as principais questões abordadas e traçar estratégias ou plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros. Porém, antes de discutir o tratamento, é necessário perguntar ao paciente se ele está pronto para discutir sobre o assunto. Importante verificar o entendimento de pacientes sobre informações da discussão do tratamento, prevenindo a tendência de superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento. Importante ser honesto, mas sem destruir a esperança do paciente.

Lugarinho e Rosario (2010), apontam que um dos paradigmas dominantes da medicina atual é colocar a cura e não o cuidado como objeto central da ação de saúde. Desta forma, deve-se trabalhar a questão da comunicação de notícias difíceis de forma articulada e interdisciplinar, contrariando a passagem unilateral do conhecimento e proporcionando a inserção dos desafios diários da comunicação de notícias difíceis no cenário da capacitação profissional. Também é necessário fortalecer a prática na organização institucional, privilegiar os vínculos dos profissionais com os pacientes e familiares e dos profissionais das equipes entre si. Ou seja, melhorar a qualidade de vida para todos os usuários do sistema, sejam eles pacientes, familiares ou profissionais.

Lino (2011), afirma que realizar a comunicação de uma notícia difícil pode ser uma tarefa árdua para alguns profissionais de saúde, o que pode fazer com que evitem ou simplesmente o façam de maneira inadequada. Portanto, ressalta-se a importância da utilização do Protocolo SPIKES, permitindo que o profissional

desenvolva as habilidades empáticas tão caras ao ato de informar a notícia difícil ao paciente.

Sombra Neto (2007), defende que, nas últimas décadas, os cursos de Medicina passaram por mudanças curriculares com o objetivo de formarem profissionais mais humanizados. Na nova modalidade do currículo, o ensino de comunicação de notícias difíceis é apontado como um conteúdo de grande relevância, visto que se identificou a necessidade dos acadêmicos e profissionais de medicina atuarem de forma mais empática.

A maneira como ela é transmitida interfere diretamente na relação médico-paciente; no modo como o indivíduo lida com o diagnóstico; na esperança desenvolvida após a notícia; nos relacionamentos pessoais e familiares; na busca por melhor qualidade de vida; e na adesão ao tratamento (SOMBRA NETO, 2007, p. 261).

Desta forma, Sombra Neto (2007), afirma que muitos profissionais de saúde possuem receio na comunicação de notícias difíceis por se tratar de um momento delicado e de vulnerabilidade. Ressalta o receio de causar mais dor e sofrimento ao paciente já adoecido e à família, tanto mais porque eles podem se encontrar fragilizados diante do tratamento e adoecimento. Uma prática comum e errônea por parte dos profissionais de saúde é a tendência em adiar a comunicação real à família e ao paciente. Esta prática pode tornar ainda mais difícil a comunicação em caso de piora do quadro de saúde, sendo um erro denominado de adiamento ou evitação. Este comportamento pode gerar sentimentos de desconfiança, insegurança e dúvidas frente ao tratamento e serviço ofertado pela equipe médica. Além disso, a prática pode gerar ao familiar e ao paciente esperanças de possível melhora ou mudança do quadro de saúde.

Iludido com informações incorretas e verdades veladas, o paciente pode ter pouco tempo para lidar com as suas emoções quando receber de fato uma notícia difícil. Enfatiza que além de possuir a habilidade de comunicar uma notícia difícil, é necessário que o profissional de saúde seja empático e responda às características apresentadas pelo paciente frente a doenças graves. Apesar da dificuldade dos profissionais de saúde em comunicar uma notícia difícil na prática hospitalar, o estudo sobre esta atuação ainda é pouco presente nas matrizes curriculares dos cursos de medicina e enfermagem. Enfatiza que também são verificadas poucas pesquisas sobre o tema:

Mesmo diante dessa realidade, o ensino dessa prática nas escolas médicas ainda não está presente em diversas matrizes curriculares. Além disso, por se tratar de um assunto ainda pouco difundido na realidade brasileira, poucas pesquisas e trabalhos nacionais foram realizados. Demonstra-se, dessa forma, a importância de novas pesquisas e discussões sobre a habilidade de comunicação de más notícias para uma boa prática médica. Portanto, é imperativo que os acadêmicos de Medicina sejam capacitados a discutir e lidar com essa situação que servirá de base na formação médica, independentemente da especialidade escolhida (SOMBRA NETO, 2007, p. 261).

De acordo com Silva (2008), não existe uma regra única para que a comunicação de uma notícia difícil seja amenizada ou um único modelo para todas as situações. Porém, é possível que exista uma melhor eficácia no processo da comunicação, um aprimoramento e desenvolvimento da sensibilidade e flexibilidade para que seja adequada a técnica profissional com os desafios apresentados.

3 METODOLOGIA

O método escolhido para a realização do trabalho é a pesquisa qualitativa compreensivista com entrevista semiestruturada. A abordagem qualitativa foi definida como o suporte teórico-metodológico do trabalho uma vez que “trabalha com o universo dos significados, dos motivos [...] e das atitudes” (MINAYO, 1993, p. 21). O propósito desta abordagem, assim como o desta pesquisa, é buscar na análise dos conteúdos das falas e dos acontecimentos durante as entrevistas a compreensão dos fenômenos.

Para Minayo (2012), o pesquisador na abordagem qualitativa precisa fazer uso do instrumento teórico e metodológico para que assim possa se aproximar e compreender a realidade da pesquisa, ao mesmo tempo em que deve manter a vigilância crítica sobre o objeto e processo de produção de conhecimento. Na teoria compreensivista não há uma preocupação em quantificar ou explicar, mas sim de compreender as relações, os valores, as atitudes, as crenças, os hábitos e as representações, gerando a partir daí uma interpretação da realidade.

A entrevista semiestruturada foi escolhida, pois de acordo com Triviños (1987), sua principal característica é que na realização de questionamentos que serão relacionados com as teorias pertinentes ao tema, há maior possibilidade de acesso ao desenvolvimento de novas hipóteses e demandas. Com isso, fornece um conhecimento amplo do contexto.

3.1 Procedimentos metodológicos

3.1.1 Construção do marco teórico através da análise de artigos científicos da PubMed e LILACS; documentos Oficiais do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilização de livros clássicos.

3.1.2 Entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde da Maternidade Escola da UFRJ que atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Medicina Fetal. Análise da visão dos profissionais sobre o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, colhendo informações e desafios até então enfrentados.

3.1.3 Análise do conteúdo das entrevistas a partir do método de Bardin, análise do discurso. Posteriormente a "leitura flutuante" do material coletado foi categorizado em tópicos emergentes "segundo os critérios de relevância e repetição" (TURATO, 2003, p.445), as categorias emergentes: Vivência do profissional de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Medicina Fetal da ME; Vivência do profissional de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva da ME; e Estratégias criadas pelos profissionais de saúde que atuam nas unidades de UTI neonatal e Medicina Fetal da ME da UFRJ ao lidarem com o impacto das situações e transmissão de notícias difíceis.

3.1.4 Realização de levantamento dos pontos fortes e frágeis apresentados nas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam nos setores da Unidade de Terapia Intensiva e Medicina Fetal.

3.1.5 Construção e aplicação de uma oficina de capacitação, voltada para os profissionais de saúde da ME, a partir dos aspectos levantados nas entrevistas realizadas, com foco no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis e referências no Protocolo SPIKES.

3.2 Local da pesquisa

O local de pesquisa foi a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/RJ), originalmente denominada Maternidade de Laranjeiras, que foi criada pelo Decreto n. 5.117, de 18 de janeiro de 1904. Inicialmente a sua principal função era de acolher as gestantes e recém-nascidos das classes menos favorecidas. Em 1974 iniciou uma importante iniciativa de grande valor histórico para o ensino e pesquisa, que foi a formação dos cursos de pós-graduação em níveis de mestrado e doutorado. (MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Ao longo dos anos a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro se especializou, ampliando o seu desenvolvimento tecnológico, junto aos profissionais da obstetrícia e posteriormente da pediatria. Atualmente atua de forma multiprofissional, com diversas formações e modalidades de ensino. Foram sendo incorporados os serviços de emergência obstétrica, os setores de Medicina Fetal,

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Laboratório de Gemelares, Fisioterapia, Psicologia, entre outros.

Diante dos diversos setores e amplo campo de atuação presente na ME, foram escolhidos para a análise e pesquisa os setores de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Apesar de todos os setores de uma unidade hospitalar lidarem com a comunicação de notícias difíceis, os setores de Medicina Fetal e UTI Neonatal foram escolhidos por apresentarem de forma mais intensa e frequente esta função.

Ainda que seja o papel do médico realizar a comunicação de óbito e ser a referência principal de comunicação sobre o estado de saúde do paciente, optou-se pelas entrevistas serem realizadas com todas as formações presentes nos setores, levando em consideração o importante papel da equipe multiprofissional e suas intervenções diante do manejo e comunicação. Desta forma, foram entrevistados médicos, médicos residentes, técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para a realização da pesquisa foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram a realização da entrevista semiestruturada com profissionais que atuam e contribuem de alguma forma nos setores de Medicina Fetal e/ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ. Foram priorizados profissionais de chefia dos setores e os que lidam mais diretamente com os pacientes e seus familiares. Os critérios de exclusão são os profissionais da ME que não atuam nos setores indicados.

Para o marco teórico, foi realizada uma busca de artigos científicos da PubMed e LILACS; documentos Oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilização de obras canônicas da área. Os descritores selecionados foram: Comunicação, Maternidade e Saúde do trabalhador.

3.4 Aspectos Éticos

Inicialmente, foi realizado contato com chefes dos setores da Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com o objetivo de compartilhar as expectativas da pesquisa e verificar a abertura e disponibilidade dos setores. Diante do acordo, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, onde foi aprovado. Assim, foram marcadas entrevistas com os chefes dos setores, no qual também foi verificada a possibilidade de entrevista semiestruturada com outros profissionais, visualizando um horário mais confortável para que as entrevistas fossem realizadas.

Para cada profissional, foi questionado se havia interesse em participar da pesquisa e, caso houvesse, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi dado tempo para que o profissional pudesse ler atentamente e assinar de forma consciente o documento. Também foram pontuadas informações importantes que constam no termo, como a necessidade da gravação da entrevista para aperfeiçoar a coleta dos dados.

3.5 Riscos e benefícios

O projeto oferece baixo risco. No entanto, poderá causar algum desconforto aos profissionais entrevistados, tendo em vista que aborda um tema de impacto para todos os envolvidos.

Como benefícios, contribuirá para criação de dispositivos que possam ajudar no aprimoramento das ferramentas de acolhimento diante da tarefa do manejo de situações e transmissão de notícias difíceis realizada pelos profissionais de saúde. Assim, poderá potencializar a transformação de práticas profissionais e problematização do processo de trabalho frente ao acolhimento, contribuindo para a valorização dos vínculos terapêuticos entre profissionais de saúde e usuários.

3.6 Coleta de dados

Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas (roteiro se encontra no Apêndice C) com profissionais da Maternidade Escola da UFRJ, sendo 4 com

profissionais que atuam no setor de Medicina Fetal (médicos obstetras), 10 com profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 6 médicos pediatras e 1 fisioterapeuta) e um profissional da área de psicologia que atua nos dois setores. As entrevistas foram realizadas com técnicos de enfermagem, enfermeiros, residentes de medicina, médicos, psicólogos e fisioterapeutas.

Triviños (1987), defende que a entrevista semiestruturada se caracteriza por ser um questionário básico que é formulado com base nas teorias e hipóteses que se relacionam ao tema de estudo da pesquisa. As perguntas servem para dar início à abertura de ideias e o entrevistado se colocar frente a problemática abordada. Desta forma, é possível ocorrer não somente a descrição dos fenômenos sociais da pesquisa, mas também a explicação e compreensão por parte do entrevistado.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde da ME, foram necessárias algumas etapas.

1. Contato com os chefes dos setores de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para verificação de um melhor horário para a realização das entrevistas com os profissionais.
2. Por intermédio dos chefes dos setores que se interessaram pelo tema, foi possível a abordagem a outros profissionais.
3. Grande parte dos profissionais entrevistados foram abordados sem hora marcada, em decorrência do interesse espontâneo de alguns profissionais de participarem da entrevista. Em alguns casos, devido ao grande fluxo de trabalho no setor, foi possível marcar um horário para a realização da entrevista.
4. Anteriormente à aplicação da entrevista, a pesquisa e o objetivo da entrevista semiestruturada eram esclarecidos para o profissional.
5. No setor de Medicina Fetal as entrevistas ocorreram na sala da ultrassonografia em um momento de pouco fluxo de trabalho. No setor de UTIN, as entrevistas ocorreram no corredor (espaço com pouco movimento), no refeitório ou na sala da coordenação de UTI.
6. O contato com os profissionais para a realização da entrevista ocorreu através de seus coordenadores, por abordagem no corredor e por intermédio de outros profissionais que já haviam sido entrevistados.

7. Na medida em que os profissionais eram abordados, eram-lhes informados sobre o que se tratava a pesquisa e sua finalidade.
8. Havendo o interesse por parte do profissional, eram-lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, provendo um tempo hábil para a leitura e assinatura. Também eram pontuadas verbalmente questões importantes que constavam no termo, como gravação da entrevista e sigilo frente a fala e identidade do entrevistado.
9. O roteiro formulado a priori para a entrevista semiestruturada era apresentado e seguido, porém, frente as demandas apresentadas pelos profissionais sobre o tema em questão, outros levantamentos eram pontuados e relatados.
10. Após a entrevista, a gravação foi transcrita e analisada, para que houvesse maior confiabilidade das informações relatadas. Foram estabelecidas categorias teóricas para a realização da análise dos dados, sendo correlacionados com os objetivos específicos e referencial teórico previamente abordado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 15 entrevistas, sendo 4 no setor de Medicina Fetal e 10 no setor de Unidade Terapia Intensiva Neonatal, com exceção de um dos entrevistados, que atuava em ambos os setores. Todas as entrevistas atenderam aos requisitos citados anteriormente nos critérios de inclusão e exclusão. O número de profissionais entrevistados no setor de Medicina Fetal foi inferior ao número de profissionais entrevistados no setor da Unidade de Terapia Intensiva devido ao fato de possuir um menor número de profissionais em sua totalidade. As entrevistas no setor de Medicina Fetal ocorreram em sua maioria com médicos obstetras e com a psicóloga, pois somente esses profissionais possuem contato direto no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis do setor.

As entrevistas foram realizadas individualmente e, para preservar a identidade dos entrevistados, adotamos um artifício de identificação e apresentação das falas: usamos a letra E (entrevistado) para todos os participantes, em seguida da ordem cronológica de realização das entrevistas. Assim, por exemplo, E1 representa a primeira entrevista e E15, a última entrevista.

As entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente transcritas, a fim de se obter melhor detalhamento do estudo. Após o levantamento das informações foi realizado a análise qualitativa dos dados coletados.

Foram elaboradas três categorias de análise de conteúdo, a fim de trazer clareza sobre os dados coletados nas entrevistas e conferir maior objetividade na análise, bem como para a estruturação da pesquisa a partir dos objetivos específicos. São elas: categoria A: a vivência dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis no setor de Medicina Fetal da ME da UFRJ; categoria B: a vivência dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis no setor de Unidade Terapia Intensiva Neonatal da ME da UFRJ; categoria C: estratégias criadas pelos profissionais de saúde que atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Medicina Fetal da ME da UFRJ ao lidarem com a vivência do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis.

4.1 Categoria A: a vivência dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Medicina Fetal da ME da UFRJ.

O setor de Medicina Fetal é responsável por realizar a ultrassonografia das gestantes. Neste caso, a gestante já é acompanhada pelo seu obstetra e é encaminhada para o setor de Medicina Fetal para realizar o exame de ultrassom, tendo contato com o setor e com os profissionais que ali se encontram de forma pontual e periódica, porém, com algum intervalo de tempo.

No setor de Medicina Fetal, existe a possibilidade da paciente comparecer para um exame periódico ou para detectar alguma intercorrência na gestação. Desta forma, caso o exame aponte para algum problema, a gestante é informada e encaminhada no mesmo momento. Posteriormente, podem ser realizados novos exames, o que pode fazer com que a gestante compareça ao setor de forma mais frequente devido aos riscos apresentados na gestação.

Quando é visualizada alguma intercorrência no exame de ultrassom, o médico comunica a notícia difícil. Esta notícia pode ser um óbito fetal, aborto espontâneo, malformação ou inúmeras outras intercorrências. A comunicação da notícia difícil ocorre pelo profissional que verifica a intercorrência no momento do exame ou por esse profissional junto a outras pessoas do setor quando são necessários outros exames e verificações. Foi verificado nas entrevistas que sempre que possível o profissional que informou inicialmente a comunicação de uma notícia difícil, será o profissional que acompanhará aquele caso.

Os residentes entrevistados sugeriram que a prática da comunicação de notícias difíceis ocorresse no terceiro ano de residência. Enfatizaram que existe uma preocupação por parte dos supervisores da Medicina Fetal em promover um treinamento aos residentes no atendimento, tanto no quesito técnico quanto no quesito subjetivo.

Dado que a Maternidade Escola da UFRJ é um hospital escola, os atendimentos dos residentes são com enorme frequência acompanhados de seus supervisores. Antes do residente atender a um paciente, ele precisa observar por muito tempo o seu supervisor. Isso faz com que o contexto de atendimento na Medicina Fetal ocorra em sua maioria com a presença de dois profissionais. Juntos

eles analisam o caso e acolhem a demanda da comunicação de notícias difíceis, quando necessário.

Há uma profissional de psicologia presente no setor da Medicina Fetal. A psicóloga permanece na maioria das vezes na sala de espera junto as gestantes e sua família. No local ela consegue ter uma percepção dos casos que serão atendidos naquele período do dia. Além disso, também se coloca à disposição da equipe de profissionais para algum caso que demande a sua presença.

Foi verificado com a entrevista realizada com a psicóloga que atua nos dois setores, Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva, que a demanda de atendimento para a psicologia do setor da Medicina Fetal é menor do que no setor da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Na UTIN todos os casos são atendidos, acompanhados e possuem maiores riscos de serem críticos. Na Medicina Fetal a maioria das notícias são positivas.

Geralmente a gestante vem acompanhada pelo parceiro ou mãe. Em quase todos os exames de ultrassonografia a gestante está nervosa, tensa e com medo de receber alguma notícia ruim. A gente precisa conversar com a gestante, com o casal e com o familiar para acalmá-los. Na maioria das vezes o resultado da ultrassonografia é bom, mas temos sempre que estar preparados para um resultado negativo. (E 12 – Medicina).

Como abordado no primeiro capítulo da fundamentação teórica “Aspectos psíquicos da gestação”, segundo Maia (2017), a ultrassonografia morfológica é um divisor de águas no processo psicológico da mãe. Isso ocorre pois é nesse exame que a mãe conseguirá maiores informações sobre o estado de saúde do bebê. A ultrassonografia morfológica é tão marcante que permite aos pais a criação de maiores significados sobre o bebê, projetando suas fantasias e imaginações.

Como mencionado no primeiro capítulo por Cunha (2016), em muitos casos, os pais tomam conhecimento de alguma malformação ou deficiência do feto de forma precoce através do exame de ultrassom. Desta forma, a medicina fetal tem inicialmente o desafio de acolher os sentimentos de dor, desespero e culpa desta família.

O setor de Medicina Fetal possui diversos desafios em sua atuação em relação ao manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, pois um caso de notícia difícil pode gerar muitas outras notícias difíceis. Geralmente são os profissionais da Medicina Fetal os primeiros a detectarem problemas durante a gestação, o que faz com que acompanhem os casos e situações mais complexas, tais como diagnósticos de anomalia fetal, gestações com diagnósticos de inviabilidade fetal, interrupções da gestação ou manutenção da gestação de fetos inviáveis. Casos onde as habilidades empáticas se tornam fundamentais para o acolhimento da família.

Segundo os profissionais que atuam no setor de Medicina Fetal, o acolhimento, o manuseio e a comunicação das notícias difíceis ocorrem de forma satisfatória e humanizada. Afirmam que possuem esta opinião, pois mesmo diante da grande demanda de atendimentos do setor, priorizam o momento de acolhimento e oferecem um tempo para informações, dúvidas e espaço para que a gestante e acompanhante possam ser assistidos e ouvidos.

Diante de algum caso de malformação e/ou ausência do batimento cardíaco, nós acolhemos e relatamos a paciente e sua família. É dado o tempo de apoio e compreensão naquele espaço para que haja um entendimento maior da situação. Em alguns casos é necessário repetir o exame para que a notícia seja dada. (E7-Medicina)

Segundo os relatos, todos os profissionais priorizam comunicar a verdade sobre o estado de saúde do bebê e da gestante, apontando os riscos e as possibilidades ou não de agravamento do caso. Afirmam que, em alguns casos, são necessários outros exames para a verificação do estado de saúde do bebê, mas, mesmo frente a suspeita de algum diagnóstico, a notícia é dada.

Todos os profissionais entrevistados relataram que o momento da comunicação de notícias difíceis também é complexo para o profissional de saúde, pois mesmo que a notícia difícil seja uma prática rotineira, estes possuem o entendimento da importância do acolhimento para a gestante e família. Os profissionais entrevistados com maior experiência em sua área de trabalho afirmaram que atualmente se sentem mais seguros na comunicação de notícias

difíceis, porém, enfatizam que a prática não deixa de ser complexa e desafiadora, pois cada caso possui a sua idiosincrasia.

Atualmente, após tanta vivência e por já ter comunicado muitas notícias difíceis, me sinto preparado para transmitir com acolhimento e manejo, mas nunca será uma tarefa fácil. (E11-Medicina)

Mesmo já tendo dado muitas notícias difíceis, me sinto vulnerável diante de um caso novo. Cada caso é um caso e não tem nada mais difícil de se comunicar para uma mãe que o seu filho possui risco de vida, que terá algum comprometimento neurológico ou que faleceu. (E9-Medicina)

Os profissionais mais experientes sublinham que não tiveram nenhuma aula, texto ou congresso onde o assunto fosse apresentado. Afirmam que, no início de sua atuação profissional, as situações que exigiam um maior contato com o paciente e sua família no que se referia comunicar uma notícia difícil era enfrentada com maior dificuldade. Porém, enfatizam que o interesse do profissional de saúde em priorizar um melhor atendimento e acolhimento do paciente faz com que o aprimoramento com a prática da comunicação possa ocorrer. Todos os profissionais entrevistados relatam casos nos quais possuíam dificuldade na comunicação de notícias difíceis. Pode-se analisar que apesar das situações relatadas terem ocorrido há anos, foram relatadas com muitos detalhes e com emoção na maioria dos casos.

Se na graduação ou na residência eu tivesse um preparo melhor na comunicação de notícias difíceis, acredito que me sentiria mais bem preparada para acolher as famílias e também não me culpabilizaria diante de algumas situações inevitáveis. (E12-Medicina)

Os residentes entrevistados relataram que atuam em outros hospitais que não são a Maternidade Escola da UFRJ e enfatizam que, por a Maternidade ser um hospital escola, a postura dos profissionais em sua prática de acolhimento e atendimento ao paciente e sua família, é diferenciada. Apontam que em um hospital

escola a atuação do profissional torna-se uma prática de ensino, o que faz com que suas ações sejam mais observadas por outros profissionais e pelos residentes. Assim, de acordo com os entrevistados, é desenvolvido uma observação e reflexão crítica na atuação, favorecendo o aprendizado tanto do profissional quanto dos residentes.

Foi relatado por todos os residentes entrevistados na Medicina Fetal que o estudante de medicina somente possuirá consciência da importância da comunicação de notícias difíceis quando inicia a prática. Segundo relatos, no início da graduação, tiveram uma disciplina na qual em uma aula foi abordado o conteúdo de comunicação de notícias difíceis. Porém, complementaram que no início da graduação o estudante possui um grande interesse por áreas mais técnicas e específicas da medicina, o que faz com que outras disciplinas sejam desvalorizadas pela maioria dos alunos. Enfatizaram na entrevista que o assunto poderia ser abordado antes do internato e também no segundo ano da residência.

Dos 4 profissionais entrevistados no setor de Medicina Fetal, somente 1 profissional já havia ouvido falar sobre o Protocolo SPIKES. Este profissional relatou que no período da graduação teve uma aula na disciplina de Psicologia Médica, onde foi abordado o Protocolo e o tema da comunicação de notícias difíceis.

No início da faculdade participei de uma matéria que em uma das aulas foi abordado o tema da comunicação de notícias difíceis, mas naquele momento o assunto não era muito valorizado por mim e pelos outros alunos. Acredito que seja um assunto mais propício para o período de internato e/ou residência. Algumas coisas infelizmente somente damos importância com a vivência e maturidade. (E12-Medicina)

Foi possível verificar que no setor de Medicina Fetal o trabalho é mais direcionado à área médica, não existindo grande adesão de enfermeiros ou técnicos de enfermagem, dado que quem os exames são realizados por médicos. A equipe de psicologia é bastante presente no setor, tanto no acompanhamento da gestante quanto do médico no momento da comunicação de notícias difíceis, de acordo com os relatos coletados.

Em entrevista com a profissional de psicologia que atua no setor, ela relatou que devido a um aumento na gravidade dos casos atendidos, o setor solicitou uma maior participação da psicologia.

Estar na Medicina Fetal é importante, pois a gestante e família comparece para verificar se está tudo bem. Na maioria dos casos atendidos a resposta é positiva, mas existe uma ansiedade anterior. A psicologia estar presente é importante. (E6 – Psicologia)

Foi verificado nas entrevistas realizadas que mesmo os casos em que o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis não sejam frequentes no setor, os profissionais não diminuíram a sua responsabilidade de ter a habilidade da comunicação e se aperfeiçoar no assunto. Pelo contrário, questionaram não terem sido mais bem treinados para a função em sua formação e pelas instituições pelas quais passaram.

Portanto, o manuseio de notícias difíceis por profissionais acaba sendo dificultado pela ausência de treinamento neste tópico durante a vivência profissional. Verifica-se ainda insegurança por parte dos profissionais quanto ao tema, em especial nos residentes.

Nós precisamos de treinamento. O médico sai da faculdade sem ter um estudo maior sobre isso e quando chega a hora de atuarmos e enfrentarmos situações como comunicação de óbito fetal e malformação, existe dificuldade sim. Ter um treinamento sobre como falar e agir nessas situações é fundamental para cuidarmos da melhor forma do paciente. (E12-Medicina)

O fato da maioria dos casos acompanhados no setor de Medicina Fetal terem um espaçamento nos atendimentos influencia na possibilidade, ou não, da gestante ser atendida novamente pelo mesmo profissional. Percebe-se que o vínculo criado com a paciente se torna mais frágil.

Foi verificado que existe a idealização de muitas mães e famílias quanto ao ambiente da Maternidade: este abarcaria somente os sentimentos de vida e esperança. Fato este que é desconstruído quando algum problema de saúde com

o bebê ou com a mãe é descoberto. Portanto, diante do contexto, se intensifica a responsabilidade e cuidado do profissional de saúde na comunicação de notícias difíceis.

A notícia em uma Maternidade é diferente. As mães e as famílias comparecem em sua maioria com muita expectativa diante do nascimento de um bebê. Então dar uma notícia difícil nesse momento é muito difícil para o profissional também, pois se escolhemos essa área para atuar, temos esse pensamento, essa fantasia. Se eu escolhi a obstetrícia, eu não escolhi ter uma rotina de óbito toda a hora. Então quando ocorre o óbito, temos dificuldade sim. (E7-Medicina)

Quando você escolhe obstetrícia você está praticamente fugindo ter uma rotina de comunicação de morte ou momentos de muita tristeza. Nós queremos vida, queremos acompanhar o nascimento, ser um canal de esperança e acolhimento. (E12-Medicina)

Observa-se que profissionais de saúde que atuam em maternidades possuem especificidades em suas atuações, dado que em sua maioria se identificam com o ambiente de “nascimento”, “vida” e “acolhimento” do local. Nas entrevistas foi relatado que os profissionais que escolheram se especializar em obstetrícia também escolheram não atuar com situações de óbito de forma recorrente. Enfatizaram que somente a escolha da obstetrícia já os direciona para uma atuação diferenciada e denuncia os seus medos e receios como médico.

Diante das entrevistas realizadas, foi possível verificar o interesse dos profissionais sobre o tema. Foi pontuado por 100% dos entrevistados a importância do assunto ser abordado na graduação, residência e nos locais de trabalho. Ao serem questionados sobre o interesse de participarem de uma Oficina de Capacitação sobre o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, todos os profissionais concordaram e demonstraram interesse.

Também foi possível observar nas entrevistas o receio do próprio médico que atua na Medicina Fetal em detectar algum problema no exame de ultrassonografia. Medo que não ocorre somente na gestante e na família, mas também no profissional de saúde que possui o desafio de manejar a situação e acolher o caso. Ser o

primeiro comunicador de uma notícia difícil para uma gestante é desafiador, assim como confirmar um prognóstico negativo anteriormente dado. São situações complexas que exigem responsabilidade do profissional, pois sua atuação possui impactos no acolhimento e cuidado com a gestante e família.

No setor de Medicina Fetal da Maternidade Escola da UFRJ as notícias boas são mais frequentes do que as notícias ruins e difíceis. Por esse motivo quando ocorrem notícias difíceis há uma mobilização da equipe no acolhimento da gestante, o que pode ser avaliado como positivo, mas também desafiador para muitos profissionais.

4.2 Categoria B: A vivência dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva da ME da UFRJ

A Maternidade Escola da UFRJ nos últimos anos se tornou referência em atendimento de alto risco. Isso modificou o perfil dos casos de atendimentos recebidos na instituição, tendo também modificado o processo de trabalho dos profissionais que ali atuam. São atendimentos com casos mais graves, com tendência a serem crônicos, incluindo a possibilidade de óbito. O número de cesarianas aumentou e a demanda de trabalho frente ao acolhimento e ao manejo de situações difíceis e complexas também. Os casos de cuidados paliativos também aumentaram, sendo inserida uma nova demanda de trabalho que anteriormente era mais rara. Desta forma, o profissional de saúde precisa lidar com uma nova angústia no cotidiano de trabalho.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal realiza o atendimento de bebês em sua maioria prematuros. Em alguns casos, o prognóstico dos pacientes é incerto devido ao alto risco de óbito. Conforme as entrevistas realizadas com os profissionais que atuam no setor, geralmente os bebês presentes na UTIN são casos que já são acompanhados pela ME desde o início da gravidez, ou seja, após os exames da Medicina Fetal detectarem problemas e risco.

Quando o caso já é acompanhado pela ME desde a gestação e posteriormente o bebê encontra-se internado na UTIN, o vínculo da gestante e família com a ME se torna maior e acaba-se por criar uma relação de confiança e

afeto. Na UTIN, com a atuação dos médicos, médicos residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos, os afetos trocados e a rede de confiança se tornam intensos e marcantes, todos têm funções específicas e atuações constantes no setor.

Observou-se nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da UTIN, que apesar da comunicação da notícia do quadro clínico do bebê e do óbito serem papel e responsabilidade do médico, a equipe de enfermeiros e técnicos possuem um papel de extrema importância, pois são eles os responsáveis por manusear e cuidar do bebê de forma mais constante, administrando a medicação, respiração, observando e estando frequentemente ao lado do paciente para monitorar seu desenvolvimento. Portanto, o vínculo criado entre os técnicos de enfermagem e enfermeiros com o bebê são muito significativos para a família, especialmente para a mãe. No momento da visita, os técnicos de enfermagem e enfermeiros estão constantemente próximos e presentes no contato com o bebê, o que gera um envolvimento também afetivo com o caso e o acolhimento da mãe e família.

Mesmo o médico já tendo conversado e explicado, as mães nos perguntam sobre os bebês. Perguntam sobre os aparelhos e como estão os exames. O que cabe a mim responder eu respondo, mas sempre respeitando a comunicação que já foi realizada pelo médico. Temos muito cuidado para não interferir ou realizar outra comunicação. (E1-Técnico(a) de enfermagem)

Nós temos um contato muito presente com os familiares. Somos nós que estamos por mais tempo a beira do leito, então tudo o que vamos fazer com o paciente nós falamos e informamos o que for possível para os pais e família. Assim eles possuem mais conhecimento sobre os procedimentos e medicações que realizamos. Esse contato humanizado e afetivo com a família é muito importante. (E15 - Enfermagem)

De acordo com Oliveira, Orlandi e Marcon (2011), o enfermeiro desempenha um papel singular no cuidado ao paciente, em particular no contexto da UTIN. Cabe também a ele ter habilidades de reconhecer e conviver com a família na situação

de doença, incluí-la no planejamento do cuidado do recém-nascido e também respeitar as suas decisões no tratamento. O enfermeiro desempenha um papel singular na valorização da presença da família na UTIN, sendo ele em muitas equipes de saúde o principal responsável pelo contato direto e escuta da família.

A presença efetiva da equipe de enfermagem com escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre os conhecimentos técnicos respondem às situações de estresse. Somente vendo, escutando e sentindo o RN e a família como um todo, estaremos atendendo e compreendendo a essência do cuidar humano. É oportuno destacar a responsabilidade que a enfermagem possui em relação ao envolvimento dos familiares, sobretudo dos pais, no cuidado direto aos seus filhos. Métodos e intervenções devem ser implementados, com a finalidade de propiciar a participação dos mesmos no cuidado minimizando condutas agressivas e estressantes (OLIVEIRA; ORLANDI; MARCON, 2011, p. 771).

Como foi abordado no tópico 2.4.1 da Fundamentação Teórica “O Uso do Protocolo SPIKES no ensino de habilidades na comunicação de notícias difíceis”, de acordo com o Código de Ética Médica é responsabilidade e dever do médico ser o principal comunicador sobre o estado de saúde do paciente e sobre possível óbito. Porém, como também mencionado no tópico 2.2 “O manejo de situações e comunicação de notícias difíceis”, a comunicação pode ser realizada de forma verbal e não verbal. Desta forma, mesmo o enfermeiro ou técnico de enfermagem não sendo os principais responsáveis pela comunicação do estado de saúde, muitas vezes são eles os profissionais que terão maior contato com o paciente. Esse contato proporciona uma intervenção muito presente com a família, no qual a sua comunicação afetiva e humanização no cuidado são significativos na UTIN:

A comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente. Sendo assim, o primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a humanização no cuidado é a comunicação. Interessante observar que a comunicação que mais interessa aos pacientes é aquela que está relacionada aos cuidados de saúde e que é realizada com carinho e atenção, ou seja, a um atendimento humanizado e interpessoal (OLIVEIRA; ORLANDI; MARCON, 2011, p. 771).

Verificou-se, também, que as internações dos bebês na UTIN geralmente são longas, durando por volta de três a nove meses. Desta forma, devido à presença constante da mãe e da família nas visitas, foi relatado que o vínculo, a empatia e o envolvimento com o caso acompanhado são inevitáveis. Foi enfatizado por grande

parte dos entrevistados que a chegada do bebê mobiliza muito toda a família, o que também gera mobilização na UTIN.

Muitos bebês chegam a ficar meses internados na UTIN, o que torna inevitável o nosso vínculo e contato com a mãe e a família. (E7-Medicina)

O contato, quase diário, da equipe da UTIN com a família do bebê faz com que os profissionais tenham angústias e expectativas frente ao caso que acompanham. Pode-se inferir a partir dos relatos dos profissionais que a equipe destina grande parte do seu horário de trabalho ao acolhimento e à comunicação com a família do bebê, dado que dúvidas e informações são frequentes devido ao fato do estado de saúde do bebê se modificar constantemente.

Grande parte do nosso horário de trabalho é voltado para acolhimento, explicações e orientações a família diante do estado de saúde do bebê. Não é possível somente falar, é necessário acolhê-los. (E6-Psicologia)

Diante dos casos graves que acompanhamos, temos a necessidade de falar com a família e também de acolhê-los, por isso saio daqui muitas vezes exausta. (E7-Medicina)

De acordo com o que foi abordado no tópico 2.2.1 “Comunicação em saúde”, a comunicação na equipe de saúde é um instrumento laboral necessário. Uma boa prática no diálogo permite uma relação de troca e um cuidado efetivo ao usuário e sua família. Segundo Marinus (2014), a comunicação em saúde proporciona uma relação terapêutica com o paciente e sua família, assim como permite condições para a promoção de saúde. A comunicação possui uma funcionalidade marcante e presente no ambiente hospitalar, sendo determinante para um atendimento humanizado e cuidado do usuário.

Com base nas entrevistas, verificou-se que toda a equipe participa e acompanha o estado de saúde do bebê, porém, frente a algum contexto complicador que implique a necessidade de comunicar à família o agravamento do estado de saúde do bebê, ocorre um movimento de fuga por parte dos profissionais. Desta

forma, a função do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis recai sobre três ou quatro profissionais da UTIN.

Este movimento faz com que somente os profissionais que se direcionam com maior frequência à família sejam referência, o que gera um desgaste, promovendo sobrecarga emocional e física. O acolhimento e a presença da equipe em situações complexas são essenciais, pois promove a divisão de responsabilidade no acolhimento e mitiga o sofrimento de um único profissional. Também proporciona a possibilidade do vínculo da família com outros profissionais, fazendo com que, caso um profissional não esteja na UTIN no momento, outro também possa atuar como referência e apoio.

Até o momento não realizei a comunicação de uma notícia difícil. Essa função fica mais sob responsabilidade das profissionais da rotina. (E12-Medicina)

Para mim é muito visível o movimento de fuga por parte dos profissionais com as famílias quando o bebê possui algum agravo em sua saúde. Em contrapartida, alguns profissionais se envolvem tanto com o caso que mesmo o bebê já tendo saído da ME, ainda é mantido o contato com a família e quando ocorre o óbito, sofrem muito. (E5-Medicina)

Como foi mencionado no tópico 2.4.1 da Fundamentação Teórica “O Uso do Protocolo SPIKES no ensino de habilidades na comunicação de notícias difíceis”, Inca (2010) pontua que o profissional de saúde possui dificuldade de comunicar uma notícia difícil quando o paciente agrava, tendendo a se afastar do vínculo profissional-paciente, na iminência da necessidade de comunicar a notícia de óbito para a família. Complementa que não existe a prática e hábito entre os profissionais de saúde de conversarem sobre a dificuldade de lidar com o sofrimento e dor de seus pacientes, o que gera o sentimento de solidão em muitos profissionais. Com frequência os profissionais, diante de tal situação, questionam sua própria capacidade de cuidar do paciente.

Foi pontuado, em grande parte das entrevistas, a dificuldade que existe em não se envolver emocionalmente nos casos atendidos. Pelo fato de os bebês geralmente permanecerem muito tempo internados na UTIN, o envolvimento é

pontuado como inevitável. Afirmam que a família demanda um envolvimento da equipe, pois assim se sentem mais seguras no cuidado que é direcionado ao bebê.

Impossível não se envolver com os casos que acompanhamos. (E7-Medicina)

Nos finais de semana e nos plantões noturnos, muitos profissionais não estão presentes na UTIN, o que faz com que a equipe presente se sinta mais insegura e vulnerável na comunicação de notícias difíceis. Importante destacar que não foi relatado nas entrevistas realizadas insegurança frente ao manuseio técnico a possíveis intercorrências, mas demonstraram receio na possibilidade de comunicação do agravamento do estado de saúde ou óbito do bebê.

Vejo muitos profissionais torcerem para que no final de semana não ocorra nenhum óbito. Isso ocorre não somente pelo desejo do bebê permanecer vivo, mas pelo receio de ter que lidar com a situação e comunicação de morte com a família. (E5-Medicina)

Diante da falta de capacitação quanto ao tema abordado e pelo relato da acumulação desse tipo de trabalho em alguns profissionais, principalmente os da rotina, outros acabam por não exercer a experiência. Como consequência, há uma concentração em determinados profissionais e nem todos acabam capacitados ou preparados para realizar a comunicação.

Oliveira, Orlandi e Marcon (2011) analisam que a fuga da comunicação de notícias difíceis é comum na equipe de saúde, principalmente em ambientes de UTIN. Em alguns casos a comunicação é realizada, mas alguns fatores da piora da saúde do bebê são comunicados parcialmente, o que faz com que os familiares se sintam negligenciados e enganados ao perceberem que algo está velado:

A ansiedade, a angústia e o sofrimento dos pais “mexem” com alguns profissionais, que apresentam dificuldades em lidar com situações dolorosas quando são portadores de más notícias. Por esta razão, muitos deles esclarecem dúvidas e orientam apenas o necessário, fato que reduz a comunicação e as chances da troca de conhecimentos e da interação efetiva. A comunicação entre os profissionais de saúde e os pais dos RN apresenta-se quase sempre como um monólogo: apenas uma parte fala

(os profissionais) e a outra parte (os familiares) escuta e acata (OLIVEIRA; ORLANDI; MARCON, 2011, p. 771).

Um ponto, também importante, que foi mencionado nas entrevistas e que se relaciona com o conteúdo apresentado no tópico 2.4.1 da Fundamentação Teórica, “O Uso do Protocolo SPIKES no ensino de habilidades na comunicação de notícias difíceis”, é a importância da comunicação de uma notícia difícil ser dada ao paciente e/ou família em um espaço separado, para que assim seja possível a privacidade e melhor acolhimento e explicações da notícia. De acordo com as entrevistas realizadas, a UTIN da ME da UFRJ não possui um espaço reservado para a comunicação de notícias difíceis, sendo realizadas em sua maioria nos corredores. Também foi demonstrada angústia por parte dos profissionais em um local mais adequado para a permanência em caso de óbito, do corpo dos bebês. Afirmaram que por não existir um espaço preparado, a despedida da mãe e família se torna mais traumática e difícil.

Aqui nós não temos espaço para dar uma notícia difícil, geralmente é dada nos corredores. Também não temos estrutura para colocar o corpo de um bebê em caso de óbito. Em caso de óbito é muito importante que exista um espaço para a notícia e despedida. Isso é uma preocupação que temos. (E15-Enfermagem)

Não temos condições de ficar com o corpo do bebê aqui na Maternidade. Quando ocorre o óbito nós tentamos o mais rápido possível realizar o direcionamento. (E7 – Medicina)

Não possuir um espaço adequado para o corpo do bebê que foi a óbito demonstrou ser um fator de desconforto para os profissionais de saúde entrevistados da UTIN da ME. A despedida dos pais e família com o bebê é um momento que mobiliza o setor da UTIN. Porém, ter um espaço para que essa despedida possa ocorrer sem pressa, sem interrupções, com disponibilidade dos profissionais com a família e ter a privacidade para demonstrar as suas emoções são muito importantes para o processo de elaboração do luto.

De acordo com Braga e Morsch (2003), o momento da despedida entre os pais e o bebê que foi a óbito é marcante e significativo para a família. É um rito que

necessita de apoio da equipe de saúde, já que muitos pais podem ter dificuldade de segurar o filho e realizar um último contato com o bebê. Importante perguntar aos pais se querem participar dos cuidados finais e se desejam segurar o bebê. A oferta de ajuda, cuidado e afeto são muito oportunos nesse momento.

Quando o bebê morre no próprio hospital, é recomendável que, caso seja este seu desejo, seja permitido aos pais permanecer a sós com o bebê. Muitas vezes, para se despedirem, eles querem segurá-lo no colo por um tempo maior, conversar com ele, vesti-lo, banhá-lo ou limpá-lo, compondo um ritual único e de fundamental importância para uma tríade que se rompeu e que doravante só terá lugar no coração e na memória de quem dela participou. Não há porque apressar a separação entre os familiares e o corpo do bebê. Nos primeiros momentos, contudo, pode ser que para alguns pais, e especialmente para as mães, seja muito difícil ficar com o corpo do bebê no colo. A equipe pode oferecer aos pais a oportunidade de repensar sua opção, possibilitando-lhes uma aproximação mais lenta, na qual poderiam, por exemplo, colocar a mão sobre seu rosto e sua mão, e, logo após, abraçá-lo, se assim resolverem (BRAGA; MORSCH, 2003, p. 164)

Dos 11 profissionais entrevistados na UTIN, 3 choraram na entrevista ao relatarem casos anteriormente atendidos. Frente a isto, analisa-se a existência empática de sofrimento para o profissional de saúde no manejo de situações e na comunicação de notícias difíceis.

Aqui nós cuidamos dos pacientes, mas nós também precisamos de cuidado. (E7-Medicina)

Verificou-se nas entrevistas realizadas que os profissionais de saúde tinham a necessidade de serem escutados e pontuaram as dificuldades no seu ambiente de trabalho. Apesar das mudanças no perfil de atendimento prestado pela ME e os artifícios criativos gerados dessa dificuldade, tornou-se perceptível a presença de um sofrimento psíquico.

Alguns dias saio daqui muito esgotada emocionalmente. (E7-Medicina)

Desta forma, analisa-se que a entrevista semiestruturada foi um instrumento que permitiu aos profissionais de saúde da ME o testemunho de seus sentimentos

e vulnerabilidades frente aos desafios diários do ambiente hospitalar. Isto denuncia necessidade de diálogo e escuta para estes trabalhadores.

Ao serem questionados sobre o conhecimento do Protocolo SPIKES, dos 11 profissionais entrevistados no setor da UTIN, somente conhecia. Não obstante, este profissional foi buscar o conhecimento da comunicação de notícias difíceis de forma espontânea por se interessar pelo assunto devido a sua atuação com médicos residentes em instituições hospitalares.

Com mais de 15 anos de profissão, nunca ouvi falar sobre o Protocolo SPIKES e também nunca ouvi o tema da comunicação de notícias difíceis ser abordado na graduação ou em congressos que participei. (E9-Medicina)

Eu não sei se a forma que eu faço para comunicar está certa. Seria muito bom conhecer e utilizar. (E7-Medicina)

Comunicar uma notícia difícil é muito difícil para o profissional também. Esse tema deveria ser dado e visto com mais importância na graduação e nas instituições de saúde. (E9-Medicina)

Percebeu-se, também, o interesse dos profissionais sobre o tema do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis. Foi pontuado por todos sobre a importância do assunto ser abordado na graduação, residência e locais de trabalho. Ao serem questionados sobre o interesse de participarem de uma Oficina de Capacitação sobre o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, todos os profissionais concordaram e demonstraram interesse destacando a importância do tema nos seus setores de atuação.

4.3 Categoria C: Estratégias criadas pelos profissionais de saúde que atuam nos setores de UTI neonatal e Medicina Fetal da ME da UFRJ ao lidarem com a vivência do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis

Uma outra categoria apresentada se refere às estratégias criadas pelos profissionais de saúde na vivência do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis. Para Maia (2005), a experiência traumática traz consequências estruturantes, no qual mesmo diante de uma desordem psíquica é possível encontrar uma rede de afetação positiva com o mundo, possibilitando uma impressão de marcas psíquicas. Portanto, na medida em que essa experiência traumática for sendo compartilhada com outras pessoas, o sujeito adquire mais habilidades emocionais para assegurar sua saúde psíquica e psicológica na sua vida pessoal e de trabalho.

Assim, a partir do que foi relatado nas entrevistas, pode-se inferir que a vivência frente ao manejo de situações e comunicação de notícias difíceis se constitui como uma experiência traumática. Verificou-se que frente a um episódio traumático formulações e reflexões foram sendo criadas e desenvolvidas pelos profissionais, fomentando a possibilidade da formulação de estratégias criativas para o enfrentamento do manejo e comunicação das notícias difíceis em seu ambiente de trabalho.

Um exemplo de estratégia significativa que valoriza a saúde do trabalhador foi relatada pela equipe de enfermagem da UTIN, que, frente ao aumento do volume de trabalho e gravidade dos casos atendidos, decidiu criar um momento onde juntos pudessem expressar os acontecimentos do setor da UTIN. Uma vez por semana a equipe de enfermagem da UTIN possui uma sessão junto com a equipe de musicoterapeutas da ME. Essa estratégia permitiu maior interação entre os profissionais da enfermagem e proporcionou um maior diálogo na resolução de problemas do setor. Participar da musicoterapia também serviu para que os profissionais se sentissem mais acolhidos e cuidados no ambiente de trabalho.

A reunião da equipe com o grupo de musicoterapeuta foi muito importante, pois toda a equipe se encontrava muito estressada frente à grande demanda de trabalho e novos casos apresentados. (E15 - Enfermagem)

Diante do estresse no trabalho, foi necessário reunir toda a equipe de enfermagem para tentar achar uma forma para que os profissionais pudessem se desestressarem. (E15 - Enfermagem)

Introduzir a musicoterapia no ambiente de trabalho foi visto como um artifício criativo diante de um período de maior estresse e tensão da equipe de enfermagem. Como visto anteriormente no tópico 2.3 “Trauma individual e coletivo diante do manejo de situações difíceis a gestantes e sua família”, para Maia (2017), a dor somente ganhará significância a partir das excitações do psiquismo frente a rede de afetos experimentada. A partir do afeto haverá uma movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático. Portanto, com uma escuta sensível e empática foi possível analisar a necessidade da equipe de enfermagem e introduzir uma estratégia criativa para melhor enfrentamento do problema.

Também foi relatado pela equipe médica da UTIN que, junto aos residentes, tem sido realizada uma nova proposta de diálogo e discussão dos casos atendidos, no qual são abordadas as dificuldades no acolhimento e cuidado com a família. A preocupação no cuidado do profissional também se mostrou ser um tema a se debater. Relatam que essa mudança no diálogo foi importante, pois foi permitida a fala frente as dificuldades no enfrentamento da demanda e percepção do estado emocional da família.

A equipe teve a iniciativa de não somente discutir o estado clínico do paciente, mas também o estado emocional da família. Esse movimento fez com que os profissionais aprimorassem as suas percepções frente ao estado emocional dos casos, o que possibilita o desenvolvimento de uma postura e escuta sensível e empática. Nessas discussões da equipe sobre os casos atendidos, os profissionais também apontam as suas dificuldades de manejo, assim como suas fragilidades pessoais no atendimento do caso e compartilhamento das situações difíceis.

Diante do novo perfil de demanda, foi necessário colocar nas discussões dos casos, um conteúdo maior sobre o estado emocional da família e assim preparar a equipe para a abordagem. Também apresentamos os nossos limites e dificuldades como profissionais. (E7)

No livro de Marisa Schargel Maia, *Por uma ética do cuidado*, Márcia Merquior afirma que, de acordo com a proposta de Humberto Maturana, não há subjetivação sem socialização. Sublinha que os seres humanos buscam transmitir suas emoções

a outros seres, pois vivemos a partir da interação com o outro. Compreende-se, então, a importância da interação social e da troca para uma melhor subjetivação dos fenômenos e sofrimentos humanos; e, conseqüentemente, também a importância de existir um momento e um espaço de troca para interação da equipe hospitalar:

O humano só existe na visibilidade do outro, no reconhecimento do outro em sua alteridade e no prazer da coexistência (o amor). Ficar à parte da oportunidade de participar da conversa social, não ter como compreender suas experiências, estar excluído do contato consigo e com o exercício da cultura, é investimento na bestificação. A desumanização gerada pelo desamparo e, conseqüentemente à violência permite a “passagem ao ato”, efeito da impotência de compartilhar, uma vez que se encontra aquém das leis e do amor. É uma volta ao instinto de sobrevivência (MERQUIOR, 2009, p. 292).

O setor de Medicina Fetal também relatou mudanças no modo de atendimento clínico, porém, observou-se que em razão do tempo de permanência da gestante e de sua família no setor ser reduzido, o vínculo criado com a equipe não se torna tão intenso quanto no setor da UTIN. Em contrapartida, muitas comunicações de notícias difíceis são primeiramente feitas no setor de Medicina Fetal, o que permite que alguns casos sejam acompanhados pelos profissionais do setor e, quando o bebê nasce, já sejam encaminhados e conduzidos para o acompanhamento da equipe da UTIN.

Aqui na Medicina Fetal a gravidade dos casos atendidos mudou, mas, mesmo assim, grande parte das notícias ainda dadas no setor são boas para a gestante e família. Também possuímos um apoio muito presente da equipe de psicologia da ME, o que proporciona um atendimento mais acolhedor e humanizado. (E11-Medicina)

A partir das entrevistas realizadas, verificou-se que devido ao intenso e constante convívio que o profissional de saúde da UTIN possui com os casos atendidos, os profissionais da UTIN demonstraram maior demanda e sofrimento emocional na atuação profissional em comparação com os profissionais entrevistados no setor da Medicina Fetal. Porém, diante da mudança do perfil de atendimento da ME os dois setores sofreram mudanças na sua prática de trabalho.

A estratégia criativa encontrada pelo setor da Medicina Fetal foi realizar um trabalho mais conjunto com o setor de Psicologia da ME. Estratégia apontada nas entrevistas como fundamental no período de mudança e que proporcionou um melhor acompanhamento das gestantes. A psicologia no setor também permitiu com que os médicos se sentissem mais seguros no acolhimento e cuidado com os pacientes.

Tem algum tempo que vimos a necessidade de trabalhar mais próximo da Psicologia. O perfil de atendimento agravou e conseqüentemente a nossa atuação também. Esse trabalho conjunto foi muito positivo e permitiu uma melhor interação até mesmo entre os profissionais da equipe. (E11-Medicina)

Foi visto que, tanto no setor da UTIN quanto no setor da Medicina Fetal, uma das opções encontradas pelos profissionais para atender e acolher o momento do manejo e comunicação de notícias difíceis foi a convocação da equipe de psicologia para o atendimento e acompanhamento do caso. Fator que foi mencionado nos setores como favorável para um melhor atendimento aos pacientes e sua família, assim como responsável por gerar um sentimento de segurança para o próprio profissional.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho fundamentou-se em conceitos a respeito da comunicação em saúde, maternidade, aspectos psíquicos da gestação e saúde do trabalhador da saúde. A literatura utilizada trouxe informações estruturais quanto ao penoso caminho percorrido pelo profissional da saúde na prática do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis. Em articulação com a clínica psicanalítica, foi permitido compreender a importância da fala e da troca para a saúde do trabalhador.

Na literatura foi possível perceber a carência de materiais sobre o tema. Porém, os materiais encontrados trouxeram análise acerca da falta de investimento dos cursos de graduação e instituições hospitalares não somente sobre a comunicação em saúde, mas com a saúde do trabalhador como um todo.

A partir da literatura pesquisada e das entrevistas realizadas na ME da UFRJ, foi demonstrada a dificuldade que os profissionais em comunicar notícias difíceis. Essa falta de preparo e capacitação dos profissionais reflete de forma significativa em sua saúde, assim como no atendimento humanizado ao usuário.

Investir em tempo, espaço de troca e proporcionar um ambiente para as vivências e desafios do trabalho em saúde, é uma prática de cuidado e prevenção de sofrimento psíquico para os profissionais. Diante da literatura apresentada entendeu-se que, na medida em que a experiência traumática é compartilhada, o sujeito adquire habilidades emocionais para assegurar sua saúde psíquica e psicológica.

Diante da falta da abordagem do tema do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis, o profissional de saúde possui uma trajetória solitária para lidar com os desafios e complexidades da demanda de sofrimento no ambiente de trabalho. Essa vivência analisada como traumática acarreta consequências que impactam não somente a atuação profissional, mas sua saúde mental.

Verificou-se que o momento de escuta proporcionado nas entrevistas com os profissionais foi um instrumento que permitiu-lhes dar testemunhos de seus sentimentos e vulnerabilidades frente aos desafios diários do tópico abordado. Isso denuncia a necessidade de criação de espaços de diálogo e troca à equipe de saúde.

Frente à demanda de escuta dos profissionais entrevistados sobre o tema, foi realizada uma capacitação vinculada ao setor de Educação Permanente da ME da UFRJ sobre o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis. A capacitação contou com dez profissionais da UTIN da ME, entre eles enfermeiros, residentes de medicina e médicos do setor. O comparecimento dos profissionais da Medicina Fetal não ocorreu devido a uma outra atividade do setor.

Na capacitação foi proporcionado um espaço de testemunhos, vulnerabilidades e dificuldades com a dinâmica do trabalho na UTIN. Também foi trazido pelos participantes dificuldades de casos atuais e anteriores, o que proporcionou uma troca de experiências e dificuldades entre os profissionais. Conclui-se que esse tempo de troca foi positivo e de qualidade, sendo claro a importância de ser dada a continuidade desse espaço. Diante dos desafios da trajetória profissional do profissional de saúde, das mudanças constantes da demanda de atendimento e individualidade dos casos atendidos, entende-se que o espaço de escuta e capacitação de situações difíceis deva ser uma prática contínua nas instituições hospitalares. Para que fosse possível um melhor treinamento e reflexão dos profissionais sobre o tema, foram entregues, ao final da capacitação, *folders*¹ com instruções básicas sobre o tema. Acredita-se que assim os próprios profissionais possam repassar o conteúdo para outros profissionais.

Conclui-se que ainda é necessário grandes mudanças para que seja dado ao profissional da saúde melhores condições para o enfrentamento de sua rotina. Atuação que necessita de um olhar com mais significado e subjetividade para que a comunicação, o manejo e a humanização não sejam vistos como um complemento da prática, mas sim como a base do trabalho em saúde.

¹ O modelo do *folder* encontra-se no Apêndice D

REFERÊNCIAS

AFONSO, S.; MINAYO, M. Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 53 – 62, 2017.

ANDRADE, E. O.; ANDRADE, E. N. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento do medico. **Rev. Bras. Clín. Med.**, v. 8, n. 1, p. 46-53, 2010.

BAILE, W. F. *et al.* SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>. Acesso em 30/07/2017. Acesso em: 30 maio 2019.

BARTILOTTI, M. Intervenção psicológica em óbito fetal, *In*: BORTOLETTI, F. **Psicologia na prática obstétrica – abordagem interdisciplinar**. Barueri: Manole 2007. p. 61-71.

BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. *In*: BORTOLETTI, F. F. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007. (p. 21- 31).

BORTOLETTI, F. F.; SILVA, M.S; TIRADO, M. C. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. *In*: BORTOLETTI, F. F. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007. p. 61- 67.

BRAGA, N.; MORSCH, D. Quando o bebê morre. *In*: MOREIRA, M.; BRAGA, N.; MORSCH, D. (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-169.

BRAUER, J. **O sujeito e a deficiência**. São Paulo: Estilos da Clínica, 1998.

BROTTO, T.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRUNONI, D. *et al.* Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3297-3302, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003297&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2017.

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

CARNEIRO, R. G. Zika, uma agenda de pesquisa para (o pensar) nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 63, p. 753-757, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400753&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2017.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic.**, v. 16, n. 9, p. 161-168, 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM n. 1931, de 24 de setembro de 2009. Brasília: CFM, 2016.

CORIOLO-MARINUS, M. W. de L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saude Soc.**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mar. 2019.

CUNHA, A. C. B. *et al.* Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estud. psicol.**, v. 33, n. 4, p. 601-611, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400601&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2018.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DIAS, L. M. *et al.* Medical residents perceptions of communication skills a Workshop on Breaking Bad News. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 42, n. 4, p. 175-183, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400175&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2019.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção imaginária da demanda. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005

FRANÇA, C. M. V; FIGUEIRA JÚNIOR, N. Morte de uma criança: a notícia e reações. **Pediatr. Mod.**, v. 33, n. 4, p. 216-218, 1997.

FREUD, S. A questão da análise leiga. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v.20, p. 205-285.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB)**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14.

FREUD, S. "Introdução ao narcisismo" [1914]. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos** [1914/1916]. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-50.

HASUE, R.; AIZAWA, C. A síndrome congênita do vírus Zika: importância da abordagem multiprofissional. **Fisioter. Pesqui.**, v. 24, n. 1, p. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2017.

HENRIQUES, C.; DUARTE, E.; GARCIA, L. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 7-10, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. de 2017.

HOLTZ, M. **Ensino é comunicação**. 3. ed. Sorocaba: MH Assessoria Empresarial, 2009.

IACONELLI, V. Unusual mourning, denial and trauma: psychoanalytic clinic with mothers and babies. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007.

INFANTE, D. O Outro do bebê: as vicissitudes do tornar-se sujeito. *In*: ROHENKOHL, C. (Org.). **A clínica com o bebê**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

JEAMMET, P. **Psicologia médica**. Rio de Janeiro: Masson, 1989.

KAMERS, M. **O brincar no primeiro ano de vida**. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Psicologia, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2001.

LACAN, J. **O seminário**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise).

LACAN, J. **O seminário**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise).

LIMA, L. **Uma abordagem psicanalítica da estimulação precoce**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1998.

LINO, C. *et al.* Uso do Protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2017.

LUGARINHO, C. *et al.* Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias brasileiras. **Divulg. Saúde Debate**, n. 54, p. 64–76, 2016.

LUGARINHO, L. P.; ROSARIO, S. E. Atenção ao vínculo e saúde do trabalhador: um bom encontro. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer . Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. p. 37-47.

LUISADA, V. *et al.* Experiências de médicos ao comunicarem o diagnóstico da deficiência de bebês aos pais. **Ciência Saúde**. v. 8, n. 3, p. 121-128, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21769>. Acesso em: 14 jan. 2019.

MAGALHÃES, P. Atenção ao vínculo em neonatologia: grupos Balint -Paideia – Uma estratégia para lidar com a dor e a incerteza em situações – limite. **Rev. Nesme**, v. 12, n. 2, p. 20 – 30, 2015,

MAIA, M. S. **Extremos da alma**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MAIA, M. S. Preparação psicológica para o parto. *In*: MONTENEGRO, C. A.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 185-190.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. 5. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARX, K. O processo de trabalho ou o processo de produzir valores-de-uso. *In*: MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. p. 211-219.

MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. **Histórico**, 2019. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/index.php/instituicao/historia.html>. Acesso em: 30 maio 2019.

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

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P. de C. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2653-2662, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Aug. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINAYO, M.C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MONTEIRO, D. T, *et al.* Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v. 15, n. 2, p. 547-567, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17658/13055>. Acesso em: 20 out. 2017.

MONTEIRO, D.; QUINTANA, A. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 4, p. 1–9, 2016.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019.

MUZA, J. C. *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. Teor. Prat.**, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso6. Acesso em: 01 mar. 2020

OLIVEIRA, C. S. de; VASCONCELOS, P. F. da C. Microcefalia e vírus zika. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 92, n. 2, p. 103-105, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000200103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2017.

OLIVEIRA, E. A. de; SANTOS, M. A.; MASTOPIETRO, A. P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicol. Estud.**, v. 15, n. 2, p.235-244, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI413-737220100000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019.

OLIVEIRA, K.; ORLANDI, H. H. F.; MARCON, S. S. Percepções dos enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene**, v. 12, n. 4, p. 767-775, 2011.

OSTERMANN, A. C. *et al.* Perspectivas otimistas na comunicação de notícia difícil sobre a formação fetal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00037716, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037716.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2011.

PEREIRA, M. U. L. *et al.* Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 36, n. 4, p. 422-427, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n4/0103-0582-rpp-2018-36-4-00013.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

PEREIRA, A. T. *et al.* Percepção de alunos de medicina com a dramatização: uma experiência pedagógica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 40, n. 3, p. 497-505, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300497&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 ago. 2019.

PEROSA, G. B.; RANZANI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias a criança. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 32, n. 4, p. 468–473, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a09>. Acesso em: 20 out. 2019.

REGO, S; PALACIOS, M. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 3, p. 430-434, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300430&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2017.

ROCHA, A.; SOUZA, K.; TEIXEIRA, L. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 843-862, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300843&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 ago. 2019.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANCHO, M. **Como dar las malas noticias en medicina**. Madrid: Arán, 2006.

SCHELLES, S. A importância da linguagem não verbal nas relações de liderança nas organizações. **Rev. Esfera**, n. 1, p. 1-8, 2008. Disponível em: <http://www.fsma.edu.br/esfera/Artigos/ArtigoSuraia.pdf>. Acesso em: 07 maio 2019.

SHEERAN, N.; JONES, L.; ROWE, J. The relationship between maternal age, communication and supportive relationships in the neonatal nursery for mothers of preterm infants. **J. Neonatal Nurs.**, v. 19, n. 6, p. 327-336, 2013.

SILVA, P. R. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. **Rev. Port. Clín. Geral**, v. 24, p. 505–512, 2008. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080919151033921879.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

SOMBRA NETO, L. L. *et al.* Habilidade de comunicação de má notícia: estudante de medicina está preparado? **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 41, n. 2, p. 260-268, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160063>. Acesso em: 14 maio 2019.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 44, p. e26, 2019.

STERN, D. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebês. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

TABAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 21, p. 165-72, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100017. Acesso em: 30 abr. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa**: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

WIGERT, H; BLOM, M. D.; BRY, K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive care unit staff: an interview study. **BMC Pediatr.** v. 14, p. 304, 2014. DOI: 10.1186/s12887-014-0304-5.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

APÊNDICE A – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista Semiestruturada)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO: O MANEJO DE SITUAÇÕES E TRANSMISSÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, desenvolvida pela psicóloga, pesquisadora, Marianna Lopes Monteiro, discente do curso de Mestrado Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ, sob orientação da Professora Dra. Marisa Schargel Maia.

O objetivo central do estudo é conhecer as estratégias individuais, coletivas e institucionais de enfrentamento dos profissionais de saúde no manejo de situações e transmissão de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ.

O convite a sua participação se deve à necessidade de construir e aplicar uma oficina de capacitação para os profissionais de saúde com o objetivo de aprimorar habilidades específicas, visando o manejo de situações difíceis na comunicação com os pacientes a partir das referências propostas no Protocolo SPIKES.

Desta forma, faz parte desta pesquisa, entrevistar profissionais envolvidos diretamente na transmissão de notícias difíceis, como os profissionais que atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Medicina Fetal. Na entrevista serão analisadas a visão dos profissionais sobre o manejo e transmissão

de notícias difíceis, colhendo informações e desafios até então enfrentados em sua atuação.

Torna-se importante informar que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Desta forma, qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação nesta pesquisa, consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. Nesta pesquisa, cabe-nos informar que a entrevista será gravada diante de sua autorização. O tempo de duração da entrevista é variável.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP ME-UFRJ.

O projeto oferece benefício, pois contribuirá para a criação de dispositivos que possam ajudar no aprimoramento das ferramentas de acolhimento diante da tarefa do manejo de situações e transmissão de notícias difíceis realizada pelos profissionais de saúde.

O projeto poderá lhe causar algum desconforto, tendo em vista que aborda um tema de impacto para muitos dos envolvidos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

LOCAL E DATA

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Telefone:980850726

e-mail:marianna.lopesmonteiro@gmail.com

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

CEP: 22240-003

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ:

Tel e Fax - (0XX) 21- 2556-9747

E-Mail: cep@me.ufrj.br

<http://www.me.ufrj.br>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



**TÍTULO: O MANEJO DE SITUAÇÕES E TRANSMISSÃO DE NOTÍCIAS
DIFÍCEIS**

NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ.

Questionário Profissional de Saúde

Nome:

Data de nascimento:

Profissão:

Setor de atuação:

1. Como avalia o enfrentamento dos profissionais de saúde da Maternidade Escola perante o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis?
2. Como é realizada a transmissão de notícias difíceis no seu setor de atuação?
3. Possui dificuldade em comunicar alguma notícia difícil?
4. Qual é o sentimento que tem ao comunicar uma notícia difícil?
5. Qual é a sua estratégia individual para comunicar uma notícia difícil ao paciente ou a seu responsável?
6. Possui conhecimento do Protocolo de SPIKE?
7. Se sim: Qual a sua opinião frente a efetividade deste Protocolo?
8. Acha que o Protocolo de SPIKE é um instrumento útil para o profissional de saúde?
9. Acredita que uma oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis direcionada para os profissionais de saúde da Maternidade Escola da UFRJ seria importante?

10. Se a oficina de capacitação fosse oferecida, participaria?

11. Se sim, qual seria o melhor dia e horário.

APÊNDICE C – Folder da Capacitação do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**



**“O manejo de situações e a
comunicação de
notícias difíceis.”**

Marianna Lopes Monteiro
Psicóloga
Mestranda – Maternidade Escola da Universidade Federal
do Rio de Janeiro
Orientadora: Profa. Dra Marisa Schargel Maia

Introdução

Essa cartilha é resultado de uma pesquisa qualitativa do mestrado multiprofissional da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na pesquisa, que possui como tema “O manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ”, foi verificada, além de uma dificuldade significativa do profissional de saúde na prática em questão, também a ausência de abordagem do tema nos cursos de graduação e na trajetória profissional. Dessa forma, partindo do princípio que a comunicação de notícias difíceis é uma habilidade e “não um dom divino” e que esta habilidade pode ser ensinada e compreendida por todos, como parte nuclear do trabalho de cuidar (Buckman, 1984), esse material tem o objetivo de abordar, ainda que panoramicamente, o tema e proporcionar reflexão frente a prática do manejo e da comunicação de notícias difíceis.

O que é uma notícia difícil?

Buckman (1992) aponta que má notícia em saúde é qualquer informação que afete negativamente a perspectiva de futuro do indivíduo. Porém, essa afetação se estende também a família, amigos próximos, profissionais e gestores que oferecem o serviço. A notícia difícil pode resultar de um exame, de uma informação da certeza ou possibilidade de morte, ou de outras perdas do tratamento, incluindo a fase de reabilitação.

O que é comunicação?

Para Chiavenato (2004), a comunicação é o processo de transmissão de uma informação de uma pessoa para outra, sendo então compartilhada e entendida por ambas. Portanto, a informação não pode ser simplesmente transmitida, é necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. Comunicação são ações verbais e não verbais, não se reduzindo ao ato de falar. Dessa forma, comunicação também é relação.

No que concerne ao nosso objetivo, o que é e qual a função de um profissional cuidador?

Qualquer profissional de saúde pode ser a “pessoa de referência” e/ou de transferência para o paciente. Um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, entre outros profissionais. Todas as pessoas que integram o hospital precisam desenvolver a habilidade do manejo e do cuidado. A transmissão de cuidado e o manejo de situações difíceis não é uma prática única e exclusiva do psicólogo ou médico, mas sim de toda a equipe hospitalar.

Como fica a saúde do trabalhador de saúde diante da rotina do manejo de situações e a comunicação de notícias difíceis?

A rotina do cuidado a pessoas adoecidas, e muitas das vezes com iminência de morte, faz com que o ambiente hospitalar se torne um local de possível esgotamento emocional do profissional de saúde.

Lugarinho e Rosario (2010) afirmam que há a necessidade de implementar ou ampliar atividades que

sejam voltadas para o cuidado da saúde dos profissionais de saúde diante da comunicação de notícias difíceis. As atividades do trabalho são suscetíveis para potencializar tensões e gerar sofrimento quando não existe o devido suporte. Sublinham que cuidar demanda um contato com situações de dor, sofrimento e perda e que os profissionais de saúde se colocam na posição de serem testemunhas e cuidadores do sofrimento alheio, que gera sobrecarga física e emocional, o que pode reforçar casos de desgaste emocional.

Fizemos cursos na área da saúde para auxiliar as pessoas a ficarem “bem”, para combater doenças, para assistir o indivíduo, doente ou sadio, na execução daquelas atividades que contribuem para a saúde, ou sua recuperação. Mas poucos de nós aprendemos a ser profissionais de saúde que podem auxiliar esse mesmo indivíduo a ter uma morte serena ou a conviver/ elaborar o luto de alguém amado que encerra seu ciclo de vida e morre. (SILVA, 2012).

Qual a responsabilidade da equipe de saúde no manejo de situações e da comunicação de notícias difíceis?

Quanto mais unida a equipe de saúde, melhor ocorre o manejo das situações e da comunicação de notícias difíceis. Quando a equipe multiprofissional não possui um ambiente de trabalho acolhedor para os próprios profissionais, o afeto e o cuidado com os pacientes e sua família também ficam comprometidos. Em locais onde dentro de sua própria equipe a comunicação não ocorre de forma correta, essa comunicação também não ocorrerá de forma efetiva com os pacientes. Portanto, o trabalho mútuo, com dinâmica de comunicação e interação entre os profissionais favorece uma melhor qualidade de trabalho e também de atendimento aos usuários.

Quando a equipe multiprofissional é unida em suas ações e comunicação, o enfrentamento de situações e da comunicação de notícias difíceis é melhor elaborada pelos profissionais, o que não ocorre quando somente um ou um pequeno grupo de profissionais é responsável pelo

acolhimento do paciente e comunicação com o mesmo e sua família. Esse fator, além de dificultar o acolhimento à família, favorece o adoecimento e esgotamento emocional do profissional de saúde

Conhece o Protocolo SPIKES?

O Protocolo SPIKES foi criado por Robert Buckman em 1992 diante da dificuldade que os profissionais de saúde, principalmente médicos, possuíam em comunicar a seus pacientes o diagnóstico de uma doença ou falecimento aos familiares. O Protocolo SPIKES detém um método didático com seis passos para comunicar a notícia difícil, onde explora o reconhecimento do sentimento do paciente e fornece informações sobre possíveis intervenções.

Lugarinho, Feriotti, Magalhães e Marinho (2016) apontam que apesar do Protocolo SPIKES ser denominado como um “protocolo”, não há um caráter normativo e rígido a ser seguido, pois se acredita que a notícia difícil necessita ser singularizada em cada caso. Dessa forma, o protocolo deixa espaço para as adaptações criativas da equipe ou

profissional diante de suas condições e realidade de serviço.

S	Setting up	Preparando-se para o encontro
P	Perception	Percebendo o paciente
I	Invitation	Convidando para o diálogo
K	Knowledge	Transmitindo as informações
E	Emotions	Expressando emoções
S	Strategy and Summary	Resumindo e organizando estratégias

1ª etapa: planejamento da entrevista, onde é necessário rever os dados de resultados de exames, tratamento e estado de saúde do paciente. A escolha do local que ocorrerá a notícia difícil deve ser um espaço sem muitas interrupções, sendo um ambiente acolhedor e possível de oferecer atenção ao paciente e sua família. Inclui nesta etapa, a partir do desejo do paciente, a presença de pessoas importantes.

2ª etapa: avaliação da percepção do paciente, onde será verificado qual o conhecimento que o mesmo possui sobre o seu quadro clínico e o que pesquisou em fontes como internet ou outros profissionais. Analisar qual a compreensão que o paciente possui de seu estado de saúde, se nega a doença ou possui expectativas não realistas do tratamento. Após deter os fatos, corrigir informações que não se adéquam a realidade do estado clínico e moldar a notícia difícil para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.

3ª etapa: avaliação do desejo do paciente em obter conhecimento do seu estado de saúde. Importante analisar desde o início do tratamento ou consultas médicas, se o paciente realiza o movimento de oferecer a outra pessoa (acompanhante), a responsabilidade de receber informações sobre o seu estado clínico. Importante verificar se o paciente deseja receber informações detalhadas sobre o diagnóstico, do prognóstico, ou se quer ir pedindo informações gradativamente. Se colocar disponível para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos.

4ª etapa: transmissão da notícia difícil ao paciente. De início, é importante transmitir, com delicadeza, que más notícias estão por vir, oferecendo tempo ao paciente para se colocar atento e poder escutar. Na comunicação, não é válida a utilização de termos técnicos, mas sim um vocabulário acessível à compreensão do paciente, evitando uma dureza excessiva, amenizando a transmissão de detalhes desnecessários. Deve-se pontuar, aos poucos, as informações e conferir se o paciente está de fato compreendendo as explicações. Evitar transmitir desesperança e desistência.

5ª etapa: momento de ofertar respostas afetivas às emoções e sentimentos do paciente e/ou seu(s) familiare(s) para oferecer verbalmente a disponibilidade para auxiliá-los. Dá-lhes um tempo para se acalmarem e dar continuidade ao acompanhamento. Nessa etapa é importante que o profissional busque respostas de reconhecimento e sintonia afetiva, ensaiando perguntas exploratórias que favoreçam a expressão dos sentimentos e das preocupações.

6ª etapa: momento de resumir as principais questões abordadas e traçar estratégias ou plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros. Porém, antes de discutir o tratamento, é necessário perguntar ao paciente se ele está pronto, naquele momento, para conversar sobre o assunto. Importante verificar o não entendimento de pacientes sobre informações da discussão do tratamento, prevenindo a tendência de superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento. Importante ser honesto, mas sem destruir a esperança do paciente.

Conclusão

Em vista dos argumentos apresentados sobre a importância de uma maior atenção à saúde do trabalhador da saúde e do desenvolvimento da habilidade relacional para o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis.

Acredita-se que esse é um instrumento que possa contribuir para a melhor prática do profissional, com possibilidade de desenvolver uma reflexão sobre sua atuação e saúde emocional.

Referências

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

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2004.

LUGARINHO, Liliana Planel; ROSARIO, Selma Eschenazi. **Atenção ao Vínculo e Saúde do Trabalhador: um Bom Encontro**. Em: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde** /Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

LUGARINHO, C; FERIOTTI, M. L; MAGALHÃES, P; MARINHO, S. **Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias**

brasileiras. Em: Saúde e infância: a EBBS e a construção da PNAISC – conceitos e experiências nos territórios. Rio de Janeiro: Revista Divulgação em saúde para debate, 2016, p. 64 – 76.

SILVA. P. R. A comunicação na prática médica: Seu papel como componente terapêutico. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.24, p. 505 – 12, 2008. Disponível em:<<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080919151033921879.pdf>>. Acesso em 10 de maio 2017.

APÊNDICE D – Projeto Aplicativo



UNIVERSIDADE FEDERAL

DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE-ESCOLA DA UFRJ

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

MARIANNA LOPES MONTEIRO

PROJETO APLICATIVO

**O MANEJO DE SITUAÇÕES E TRANSMISSÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Professora Orientadora: Dra Marisa Schargel Maia

Professor: Joffre Amim Junior

Rio de Janeiro - RJ

Dezembro - 2018

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

MARIANNA LOPES MONTEIRO

PROJETO APLICATIVO

**O MANEJO DE SITUAÇÕES E TRANSMISSÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Professora Orientadora: Dra Marisa Schargel Maia

Professor: Joffre Amim Junior

Rio de Janeiro - RJ

Dezembro - 2018

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	4
1.1.OBJETIVOS	5
2.REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
2.1.Conceito do problema: a Cardiopatia Congênita	6
2.2.Conceito da estratégia: a Linha de Cuidado	10
2.3.Detecção precoce do problema: o pré natal na atenção básica	14
3.ANÁLISE DE PROBLEMAS.....	16
3.1.Conceito: árvore de problemas.....	16
3.1.1.Árvore de Problemas da Linha de Cuidado	18
4.ATORES SOCIAIS.....	19
4.1Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais.....	19
4.1.1.Análise de Atores Sociais	19
5.PLANO DE AÇÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 – INTRODUÇÃO:

Campos (2017) afirma que a comunicação não se resume somente em dar uma informação ou simplesmente em falar, pois comunicar inclui comportamentos verbais e não verbais. A comunicação em saúde depende de um preparo e sensibilidade do profissional de saúde, especialmente quando necessita comunicar notícias difíceis.

Peduzzi (2001) pontua que a comunicação de notícias difíceis faz parte da prática de trabalho de qualquer profissional de saúde, sendo um conteúdo indispensável em sua formação. Inca (2010) alerta que uma má notícia é qualquer informação dada que afeta de forma negativa o futuro do paciente, não se restringindo somente a informação de um óbito ou possível óbito.

Buckman (1984) defende que transmitir uma notícia difícil ao paciente é uma habilidade que precisa ser ensinada e aprendida pelo profissional de saúde, não se configurando como uma capacidade inata ou um “dom divino”. Afirma que deter desse saber é uma capacidade de extrema importância no trabalho de cuidar dos doentes.

Desta forma, aquele que se propõe a cuidar do doente passa por inúmeras dificuldades, não só de caráter técnico, mas, sobretudo, no âmbito da relação interpessoal. Podemos destacar a possibilidade de sobrecarga emocional do profissional de saúde, tomando para si grande parte da incapacidade de resolução de um problema. Portanto, são situações clínicas de difícil manejo, pois comunicar uma notícia difícil a vítima e/ou sua família envolve questões particulares do profissional de saúde acerca de suas próprias limitações diante do dilema de como abordar a família, do quanto se envolver e o que dizer. Segundo Lugarinho, Feriotti, Magalhães e Marinho (2016) comunicar uma notícia difícil afeta também o profissional que as comunica, pois, ao lidar com a dor do outro, toma-se contato com a própria dor.

Tendo como parâmetro o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis, este projeto busca retratar o trauma individual e coletivo, focando nos aspectos relativos ao profissional que cuida dos pacientes e sua família. Acredita-se que determinado projeto poderá contribuir para o aprimoramento dos

profissionais de saúde e melhor atendimento e acolhimento aos pacientes e suas famílias.

Analisando a dificuldade que o profissional da saúde possui em ter o manejo de situações e transmitir a notícia difícil ao paciente, Robert Buckman, cria em 1992, diretrizes básicas para a comunicação das más notícias, o Protocolo SPIKES, formado por seis etapas, que são; a postura do profissional (Setting); a percepção que o paciente possui (Perception); o questionário ou troca de informações médico-paciente (Invitation); o conhecimento sobre o caso (Knowledge); a análise das emoções (Explore emotions) e as estratégias de manejo (strategy and summary) (Buckman,1992). Este protocolo visa uma melhor preparação do profissional de saúde em acolher e deter um manejo diante da notificação de uma notícia difícil, possibilitando um melhor oferecimento de cuidado ao paciente, sua família e a si próprio. Cabe-se ressaltar que o protocolo visa não somente a comunicação de uma notícia difícil, mas também uma melhor forma de manejo e acolhimento ao paciente.

A ideia de elaborar este trabalho de pesquisa surgiu a partir da minha experiência como aluna no curso de pós-graduação em Psicologia Hospitalar na área de Infectologia nos anos de 2015 e 2016 na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que proporcionou uma aproximação teórica e prática a saúde pública brasileira. Nesta experiência foi possível observar o desafio que os profissionais de saúde detinham em comunicar uma notícia difícil aos pacientes, como o diagnóstico de HIV, Sífilis, Doença de Chagas, complicações na internação, mudança de tratamento, entre outros.

Posteriormente tive a experiência de participar do curso de “Capacitação para profissionais da atenção básica em saúde da criança: qualificação para o cuidado biopsicossocial com ênfase na Síndrome Zika Congênita” realizado pela Estratégia Brasileiros e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS) em outubro de 2016, com participação da professora Dra. Marisa Schargel Maia. O curso foi realizado para capacitar os profissionais de saúde que possuíam em sua prática, atendimentos de crianças com algum comprometimento físico e/ou neurológico em decorrência da contaminação pelo vírus da Zika.

Portanto, a partir destas experiências foi possível observar que existe uma carência do profissional de saúde em relação ao preparo no enfrentamento de

situações difíceis em seu ambiente de trabalho, o que muitas das vezes é gerado sofrimento e angústia no profissional. O presente trabalho tem por objetivo, realizar um estudo capaz de conhecer as estratégias individuais, coletivas e institucionais de enfrentamento dos profissionais da Maternidade Escola da UFRJ no manejo de situações e na transmissão de notícias difíceis.

A proposta metodológica para este estudo é uma pesquisa de campo, qualitativa e compreensivista. Onde será verificado como ocorreu o acolhimento as famílias que se encontram em atendimento na Maternidade Escola da UFRJ (ME) e que tiveram alguma intercorrência traumática. Será analisado o manejo de situações e a comunicação da notícia difícil pelos profissionais de saúde, com o objetivo de construir e aplicar um projeto de capacitação como produto aplicativo, voltado para o treinamento dos profissionais de saúde da ME.

Por tudo isso, o trabalho apresenta a seguinte ordenação: No primeiro capítulo será percorrido as especificidades do ambiente hospitalar das maternidades, assim como os aspectos e expectativas dos profissionais, pacientes e famílias neste ambiente. No segundo capítulo serão abordadas considerações sobre o estudo do trauma e seu processo individual e coletivo na gestante e sua família, fomentando a movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático, onde será analisado a importância do acolhimento e manejo frente a uma situação difícil. No terceiro capítulo será contextualizado o protocolo SPIKES, instrumento de ensino e habilidades escolhido para gerar capacitação e preparo para os profissionais de saúde diante do manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.

1.1 – OBJETIVOS:

1.1.1 Geral

Conhecer as estratégias individuais, coletivas e institucionais de enfrentamento dos profissionais de saúde no manejo de situações e transmissão de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ.

1.1.2 Específico

- Descrever o impacto do manejo de situações e transmissão de notícias difíceis nos profissionais de saúde da Maternidade Escola da UFRJ.
- Identificar os recursos e estratégias criadas pelos profissionais de saúde que atuam na Maternidade Escola da UFRJ diante do processo de manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.
- Construir e aplicar uma oficina de capacitação para os profissionais de saúde com o objetivo de aprimorar habilidades específicas, visando o manejo de situações difíceis na comunicação com os pacientes a partir das referências propostas no Protocolo SPIKES.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO:

2.1 – O manejo de situações e transmissão de notícias difíceis em Maternidades.

O manejo e a transmissão de notícias difíceis se configuram como uma prática do cotidiano do profissional de saúde. Frente a essa demanda e discussão sobre o tema em questão, este capítulo tende a elaborar como se configura a comunicação difícil em Maternidades, apontando a importância do manejo frente a especificidade deste contexto hospitalar.

O ambiente da maternidade é reconhecido pela sociedade e conseqüentemente pelos profissionais e pacientes do local, como um espaço que proporciona vida. Desta forma, verifica-se a dificuldade a priori que o próprio profissional de saúde possui em lidar com situações complexas e de difícil manejo neste contexto. Inca (2010) aponta que grande parte dos profissionais de saúde possuem dificuldade no manejo de situações difíceis quando o paciente é uma criança.

Desta forma, verifica-se a importância do profissional de saúde deter de um espaço de escuta e aprimoramento na transmissão de notícias difíceis. Ostermann (2017) afirma que a inclusão da prática de habilidades comunicativas e relacionais na formação do profissional de saúde em muitas das vezes é facultativa, porém, deveria ser obrigatória.

Ostermann (2017) aponta que a transmissão de notícias difíceis a gestante e/ou sua família frente ao caso de um bebê com malformação ou aborto, implica em prejuízos psíquicos às pessoas envolvidas, pois quando qualquer notícia difícil é comunicada, ocorre uma ruptura. Desta forma, é preciso que uma nova realidade se configure e seja adaptada às notícias recém-anunciadas.

Analisa-se que a gravidez é um período de maior ansiedade e apreensão em relação à saúde do bebê e da gestante. Monteiro et al (2016) apontam que há um sentimento de despreparo e angústia dos profissionais de saúde em comunicar uma notícia difícil, onde o profissional muitas das vezes tende-se a se afastar da

situação. Segundo Oliveira, Santos e Mastropietro (2010), o manejo e acolhimento são importantes no processo de comunicação de uma má notícia, pois auxilia na transformação psíquica da experiência dolorosa. Porém, apontam que a angústia frente a notificação de uma má notícia pode influenciar na qualidade da comunicação.

Determinado contexto necessita de um preparo para o enfrentamento das situações decorrentes a todos os envolvidos. Caberá ao profissional de saúde, desenvolver habilidades específicas de manejo e comunicação, que possa minimizar o sofrimento, contribuindo assim, para o cuidado integral da criança e sua família.

2.2 Trauma individual e coletivo diante do manejo de situações difíceis a gestante e sua família.

Este capítulo tem o objetivo de abordar o processo subjetivo dos fenômenos traumáticos, apontando os vieses psíquicos diante da catástrofe submetida a todo sujeito. Posteriormente, será contextualizado o processo individual e coletivo na gestante e sua família, fomentando a movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático, onde será analisado a importância do acolhimento e manejo frente a uma situação difícil.

A chegada de um bebê interfere na dinâmica e interação familiar e leva a mudanças na estrutura e no cotidiano das famílias, podendo envolver uma gama de sentimentos, sobretudo ansiedade, angústia, insegurança e medo, que podem estar presentes desde o período gestacional. Esses sentimentos se originam, em parte, do conflito entre a projeção do filho ideal e o filho real. As preocupações em relação à sobrevivência e ao futuro da criança, o desconhecimento sobre como cuidar, a sensação de culpa, impotência e dependência demandam uma maior atenção das equipes de saúde para a necessidade de apoio psicossocial mais específico às famílias que vivenciam essa situação. (BRASIL, 2017, p. 4)

Segundo Kamers (2001), a pré-história do sujeito é a lógica significativa que se inicia desde o período de gestação. A pessoa que exercerá a função de mãe projetará o simbólico ao bebê, idealizando sua imagem, o inserindo na vida familiar

e também construindo expectativas para o seu nascimento. A pré-história construída para o bebê é de fundamental importância para a criação do lugar do mesmo no ambiente familiar, para o imaginário materno e a formação da relação mãe-bebê.

Freud (1976) aponta que a atitude dos pais para com os filhos é, na verdade, uma reprodução de seu próprio narcisismo. Nesse caso, o filho viria para reparar as feridas narcísicas dos pais, para poderem realizar aquilo o que os pais não conseguiram fazer, o filho seria um objeto de devoção e de amor. Desta forma, verifica-se o contexto de formação e mudanças que ocorrem em uma família diante do nascimento de um bebê, incluindo suas expectativas e desafios. Especifica-se então, o manejo e acolhimento realizado pelos profissionais de saúde a esta família.

Maia (2005) aponta que o processo de diferenciação que ocorre entre o eu nascente e o meio externo já é uma experiência traumática. É pontuado que os eventos traumáticos decorrentes do nascimento viabilizariam o processo de constituição psíquica. Desta forma, é necessário que exista uma rede de afetação positiva entorno do “eu” diante ao mundo, para que não haja o risco de um desdobramento patológico frente a experiência traumática. É através do contato do eu com o mundo que o trauma irá se constituir como subjetivante, ou dessubjetivante, nomeado pela autora por “paradoxo do trauma”.

O sujeito ao nascer é acolhido por uma rede de significantes e de palavras, que irão lhe dar um lugar, um significado. Dessa forma, o sujeito toma inconscientemente uma posição em relação a esses significantes que o acolhem, deixando-se marcar por eles. Segundo Roudinesco e Plon (1998), de acordo com Lacan, o significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante, é o que irá nomeá-lo, significando o sujeito. Porém, é a partir do Outro que a cadeia de significantes irá ser dirigida, representando e configurando o seu significado. Lacan (1985, p. 193-194) afirma que: “O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer.”

“(…) a vivência traumática ocorre por um excesso emocional inassimilável e irreduzível ao campo das significações vigentes; o episódio traumático se dá no limite das possibilidades de narrativa.” (Maia, p 94, 2005). A dor somente ganhará

significância a partir das excitações do psiquismo frente a rede de afetos recebida. A partir do afeto que haverá uma movimentação do psiquismo frente ao impacto traumático. O trauma desestabiliza momentaneamente as construções psíquicas operantes, acarretando vários desdobramentos e reflexões. Através dos aspectos dessubjetivantes, a um limite frente a possibilidade de narrativa acerca do trauma, desafiando a elaboração psíquica sobre o ocorrido, não havendo possibilidade de mediação.

Brasil (2017) pontua que o nascimento de uma criança exige uma adaptação da família. Quando esta criança nasce com algum problema de saúde, podem surgir sentimento de frustração, culpa, ou até mesmo um comportamento excessivo de zelo e cuidado. Diante desta realidade, a equipe de saúde detém um papel importante de acolhimento e escuta desta família. Importante a observação da equipe e sua atuação preventiva frente a eventuais episódios de depressão ou sofrimento psíquico.

Maia (2005) pontua que foi a partir dos relatos dos sobreviventes da Primeira Guerra Mundial que Freud formulou sua reflexão sobre os processos traumáticos. Analisa-se que a Segunda Guerra Mundial serviu de referência para a elaboração de diversos trabalhos teóricos e clínicos de psicanalistas, material que gerou a reflexão das patologias frente aos processos traumáticos.

As experiências relatadas do holocausto, ocorrido na Segunda Guerra Mundial, demonstra com clareza o fenômeno traumático e a experiências do trauma dessubjetivante. O trauma dessubjetivante resiste às diversas tentativas de elaboração e de inscrição psíquica. O maior problema que se coloca frente a tentativa de narrativa do horror diz respeito à sua irrepresentabilidade: a experiência do horror é incomensurável e nenhuma palavra ou conceito poderá fazer jus à sua tradução. (MAIA, p 146, 2005)

É formulado por Maia (2005) que a experiência traumática traz consequências subjetivantes, onde mesmo diante de uma desordem psíquica, é possível se encontra uma rede de afetação positiva com o mundo, possibilitando uma impressão de marcas psíquicas. Desta forma, na medida em que essa experiência traumática for sendo transpassada para outras pessoas, o sujeito torna-se capaz de garantir uma base psíquica.

A experiência dessubjetivante se constitui a partir de uma brusca ruptura do sujeito com o social, não sendo possível uma mediação do sofrimento e da dor. "(...) aquilo que vive é da ordem do horror." (Maia, p 146, 2005). A quantidade de dor e

angústia podem acarretar no sentimento de ruptura do eu, levando o sujeito a criar defesas psíquicas cabíveis para sanar o sofrimento. O trauma promove impacto no sentimento de si, sendo compreendido por uma catástrofe, gerando o sentimento de deslocamento do psiquismo. O inesperado, o efeito surpresa, são fundamentais para que ocorra o trauma. Anteriormente a catástrofe existe um sentimento de segurança de si e do mundo a sua volta, porém, posteriormente a catástrofe, ocorre o questionamento do porque tal fato ocorreu a pessoa.

Maia (2005) formula que a catástrofe proporciona um desdobramento psíquico, onde o fato é visto como impossível de ser significado ou superado pelo sujeito. Os mecanismos de defesa, forma pela qual o sujeito torna-se possível de dar significado e compreensão diante do trauma ocorrido, não se tornam potentes diante da catástrofe. O sujeito diante do inesperado, busca dar significado ao ocorrido e fazer uso de suas representações passadas, para elaborar o trauma e se proteger. Na tentativa de se preservar, o sujeito busca defesas em seu meio para se proteger diante do agente nocivo, porém, o meio não corresponde ao esperado. Desta forma, diante da recusa do meio em responder a expectativa traumática, há a possibilidade de configurar a patologia, incluindo a nível de autodestruição.

Identifica-se nesse período uma desorientação psíquica, onde o sofrimento se desloca entre o psiquismo e o corpo, fazendo com que a angústia traumática adquira novos formatos, como “medo da loucura”. De acordo com Lima (1998) a vivência do luto em relação ao filho idealizado é um desencontro que se dá lentamente, possibilitando que a mãe vá desinvestindo no filho de sua fantasia e reinvestindo ou contornando como objeto causa de desejo outros traços relativos a este filho.

2.3 O uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades na transmissão de notícias difíceis.

Este capítulo tem o objetivo de abordar os conceitos que permeiam a transmissão de uma notícia difícil com base no Protocolo de SPIKES, instrumento de ensino e habilidades escolhido para gerar capacitação e preparo para os profissionais de saúde diante do manejo de situações e transmissão de notícias

difíceis.

Buckman (1992) aponta que a má notícia em saúde é qualquer informação que afete negativamente a perspectiva de futuro do indivíduo. Afetação que se estende também a família, amigos próximos, profissionais e gestores que oferecem o serviço. A notícia difícil não se torna somente o resultado de um exame, a informação da certeza ou possibilidade de morte, mas também, a todas as perdas do tratamento, incluindo à fase de reabilitação.

Sendo assim, uma notícia difícil pode ser a extensão do período de internação, a realização de um outro procedimento cirúrgico, aumento ou mudança da medicação/tratamento, resultado de um exame, entre outros acontecimentos presentes no cotidiano hospitalar.

Afonso e Minayo (2016) pontuam que o profissional de saúde é o principal mensageiro da notícia difícil, o responsável por transmitir o diagnóstico, prognóstico e insucesso do tratamento. Defendem que comunicar uma notícia difícil exige uma compreensão de si mesmo e do sentido de vida do profissional de saúde. Fator importante para que o transmissor da notícia possa desenvolver o manejo e linguagem na comunicação. Apontam que a prática de transmitir uma notícia difícil envolvem as emoções, aspectos psicológicos e sociológicos da categoria profissional.

Este protocolo foi criado por Robert Buckman em 1992, diante da dificuldade que os profissionais de saúde, principalmente médicos, possuíam em comunicar a seus pacientes o diagnóstico de uma doença indesejada.

Buckman (1992) aponta que o protocolo de SPIKES detém de seis etapas, como a postura do profissional (Setting); a percepção que o paciente possui (Perception); o questionário ou troca de informações médico-paciente (Invitation); o conhecimento sobre o caso (Knowledge); a análise das emoções (explore emotions) e as estratégias de manejo (strategy and summary).

Posteriormente, Baile et al (2000) contextualizou no Canadá e nos EUA, a abordagem do Protocolo de SPIKES. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) junto ao Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, publicam em 2010 um trabalho que utilizam o Protocolo de SPIKES como referência

para capacitar profissionais da saúde frente a comunicação de notícias difíceis ao paciente com câncer e sua família.

Gómez Sancho (2006) aponta que as más notícias são aquelas que alteram de forma drástica e negativa a expectativa de futuro do paciente. Visando facilitar a transmissão de más notícias, tanto para o profissional quanto para o paciente e sua família, foi criado o Protocolo SPIKES, que detém um método didático com seis passos para comunicar a notícia difícil, também explorando o reconhecimento do sentimento do paciente e fornecendo informações sobre possíveis intervenções.

Inca (2010) afirma que há a necessidade de implementar ou ampliar atividades que sejam voltadas para o cuidado da saúde dos profissionais de saúde diante da comunicação de notícias difíceis. Aponta que as atividades do trabalho são suscetíveis para potencializar tensões e gerar sofrimento quando não existe o devido suporte. Pontua que cuidar de paciente com doenças de alta complexidade demanda um contato com situações de dor, sofrimento e perda. Relata que o profissional de saúde nessas situações se colocam na posição de serem testemunhas e cuidadores do sofrimento alheio, que gera sobrecarga física e emocional, o que pode reforçar casos de desgaste emocional.

De acordo com o Código de Ética Médica (2016) é considerada um dever do médico realizar a transmissão e revelação do diagnóstico e prognóstico do paciente, pontuando que determinada comunicação sucinta de um desenvolvimento de habilidade. Desta forma, acredita-se que o conhecimento do Protocolo de SPIKES possa fornecer uma melhor qualidade do trabalho do profissional de saúde e também uma melhor saúde emocional para o mesmo diante dos seus desafios diários.

(...) as notícias difíceis incluem não apenas diagnósticos clínicos, mas também uma série de perdas e reveses ao longo do tratamento, podendo se estender à fase de reabilitação. Podem se referir às malformações, aos agravos clínicos, às intercorrências no parto e na gestação ou a qualquer fator que provoque sequelas, incapacidades, sofrimento ou morte, tanto para o feto ou neonato quanto para a mãe. As más notícias são particularmente difíceis em sala de parto, onde não há tempo para preparar-se e o impacto atinge intensamente os pais e os profissionais. (LUGARINHO, FERIOTTI, MAGALHÃES e MARINHO, 2016, p. 69)

Lugarinho, Feriotti, Magalhães e Marinho (2016) apontam que apesar de ser denominado como um “protocolo”, não há um caráter normativo e rígido a ser

seguido, pois se acredita que a notícia difícil necessita ser singularizada em cada caso. Desta forma, o protocolo deixa espaço para as adaptações criativas da equipe ou profissional diante de suas condições e realidade de serviço. A comunicação de uma notícia difícil torna-se muitas das vezes algo rotineiro para a maioria dos profissionais de saúde. Desta forma, acredita-se na importância do desenvolvimento do manejo na comunicação de notícias difíceis, para um melhor cuidado ao paciente, sua família e também para o profissional de saúde, sendo assim capaz de oferecer um suporte frente ao processo de comunicação, reduzindo o impacto emocional.

Podem se inserir às malformações, aos agravos clínicos, às intercorrências (...) ou a qualquer fator que provoque sequelas, incapacidades, sofrimento ou morte.” (LUGARINHO, FERIOTTI, MAGALHÃES e MARINHO, 2016, p. 69)

Inca (2010) aponta que diante do trabalho realizado com os profissionais de saúde da instituição, visando o acompanhamento e prevenção de desgaste emocional, foi analisado que mesmo os profissionais que exercem suas funções de trabalho, há um número significativo de relatos e queixas ligadas a transtornos emocionais. São queixas vinculadas a quadros depressivos, que podem ou não estar associado a um caráter pessoal, porém, são agravados devido ao permanente contato com o sofrimento dos pacientes que estão sob os seus cuidados.

Inca (2010) pontua que o profissional de saúde possui dificuldade de comunicar uma notícia difícil quando o paciente se agrava, tendendo a se afastar do vínculo profissional-paciente, na eminência de necessitar notificar a notícia de óbito para a família. Complementa que não existe a prática e hábito entre os profissionais de saúde, de conversarem sobre a dificuldade de lidarem com o sofrimento e dor de seus pacientes, o que gera o sentimento de solidão em muitos profissionais. Muitas das vezes, os profissionais diante de tal dificuldade, possuem o sentimento de dúvida em sua capacidade de cuidar do paciente.

Inca (2010) aponta que o profissional de saúde em muitos casos, não recebe o preparo em sua formação para lidar com as questões que envolvem comunicar uma notícia difícil, principalmente em casos de iminência de morte quando se trata de crianças. A dificuldade do profissional existe, inclusive para procurar ajuda quando necessita. Verifica-se que os profissionais cuidadores necessitam estar em condições para oferecer seus serviços e habilidades aos pacientes, como também,

de manter sua integridade e autocuidado diante de sua prática. Oferecer um espaço de cuidado a equipe, conseqüentemente proporciona uma melhor assistência aos pacientes.

Inca (2010) complementa que além do profissional de saúde ofertar uma prática adequada e atender a demanda de trabalho técnica e operacional, também é necessário o preparo do profissional em administrar a sobrecarga emocional produzida pelas suas atividades.

Segundo Lugarinho, Feriotti, Magalhães e Marinho (2016), o Protocolo de SPIKES possui seis etapas, onde a primeira é o planejamento da entrevista. Etapa que é necessário rever os dados de resultados de exames, tratamento e estado de saúde do paciente. Também é importante neste momento, a avaliação dos sentimentos do profissional que transmitirá a notícia. A escolha do local que ocorrerá a notícia difícil deve ser um espaço sem muitas interrupções, sendo um ambiente acolhedor e possível de oferecer atenção ao paciente e sua família. Inclui nesta etapa, a partir do desejo do paciente, a presença de pessoas importantes. Tornando-se essencial nesta etapa que o profissional se coloque disponível ao paciente.

A segunda etapa consta na avaliação do paciente, verificando qual a percepção e o conhecimento que o mesmo possui sobre o seu quadro clínico e o que pesquisou em fontes como internet ou outros profissionais. Analisar qual a compreensão que o paciente possui de seu estado de saúde, se nega a doença ou possui expectativas não realistas do tratamento. Após deter os fatos, corrigir informações que não se adéquam a realidade do estado clínico do paciente e moldar a má notícia para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.

A terceira etapa consta em avaliar o desejo do paciente em obter conhecimento do seu estado de saúde. Importante analisar desde o início do tratamento ou consultas médicas, se o paciente realiza o movimento de oferecer a outra pessoa (acompanhante), a responsabilidade de receber informações sobre o seu estado clínico. Importante verificar se o paciente deseja receber informações detalhadas sobre o diagnóstico, do prognóstico, ou se quer ir pedindo informações gradativamente. Se colocar disponível para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos.

A quarta etapa consta em como o profissional de saúde irá transmitir a notícia difícil ao paciente. De início, é importante mencionar com delicadeza que más notícias estão por vir, oferecendo tempo ao paciente a se colocar atento para escutar. Na transmissão, não é válida a utilização de termos técnicos, utilizando um vocabulário acessível a compreensão do paciente, evitando uma dureza excessiva, amenizando a transmissão de detalhes desnecessários. Pontuando aos poucos as informações e conferindo se o paciente está de fato compreendendo as explicações. Evitar transmitir desesperança e desistência.

A quinta etapa é o momento de oferecer respostas afetivas as emoções e sentimentos do paciente e/ou seu(s) familiare(s), ofertando verbalmente a disponibilidade de estar os ajudando. Dando-lhes um tempo para se acalmarem e darem continuidade ao acompanhamento. Nesta etapa é importante que o profissional busque respostas de reconhecimento e sintonia afetiva, ensaiando perguntas exploratórias que favoreçam a expressão dos sentimentos e das preocupações.

Na sexta etapa, é o momento de resumir as principais questões abordadas e traçar estratégias ou plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros. Porém, antes de discutir o tratamento, é necessário perguntar ao paciente se ele está pronto naquele momento para discutir sobre o assunto. Importante verificar o não entendimento de pacientes sobre informações da discussão do tratamento, prevenindo a tendência de superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento. Importante ser honesto, mas sem destruir a esperança do paciente.

Brasil (2010) no livro “Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção a saúde”, aponta que um dos paradigmas dominantes da medicina atual colocar a cura e não o cuidado como objeto central da ação de saúde. Desta forma, é possível trabalhar a questão da transmissão de notícias difíceis de forma articulada e interdisciplinar, contrariando a passagem unilateral do conhecimento e proporcionando a inserção dos desafios diários da comunicação de más notícias no cenário da capacitação profissional. Também é visado proporcionar um maior fortalecimento tanto na prática quanto na organização institucional, de privilegiar os vínculos dos profissionais com os pacientes e familiares e dos

profissionais das equipes entre si. Ou seja, produzir uma qualidade de vida para todos os usuários do sistema, os pacientes, familiares e profissionais.

Lino (2011) afirma que a notícia difícil é qualquer informação dada ao paciente que o afete direta ou indiretamente e gere consequência(s) negativa(s) em sua vida. Porém, realizar a informação de uma notícia difícil pode ser uma tarefa difícil para alguns profissionais de saúde, podendo fazer com que os mesmos evitem a tarefa ou a realizem de forma inadequada. Portanto, o conhecimento da utilização do protocolo de SPIKES torna-se importante para desenvolver a habilidade de informar a notícia difícil ao paciente, baseando-se nos seis passos de comunicação.

3 – ANÁLISE DE PROBLEMAS:

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. É importante lembrar que “problemas não existem independentemente das pessoas que os têm – eles existem quando elas os sentem.” (Helming e Göbel, 1998). Isso significa que, ao se proceder à análise de

problemas, deve ficar claro que atores sociais estão enfocando a realidade. Uma situação pode ser considerada problema para um grupo e solução para outro. Existem diversos instrumentos para se efetuar essa análise. Sua escolha dependerá do método de planejamento que se adote. Trabalharemos a árvore de problemas.

3.1 Conceito: árvore de problemas

A árvore de problemas é um instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas inter-relações causais. Nela são estabelecidas as ligações mais importantes, transformando a realidade, que é complexa, numa concepção simplificada a fim de tornar possível uma ação.

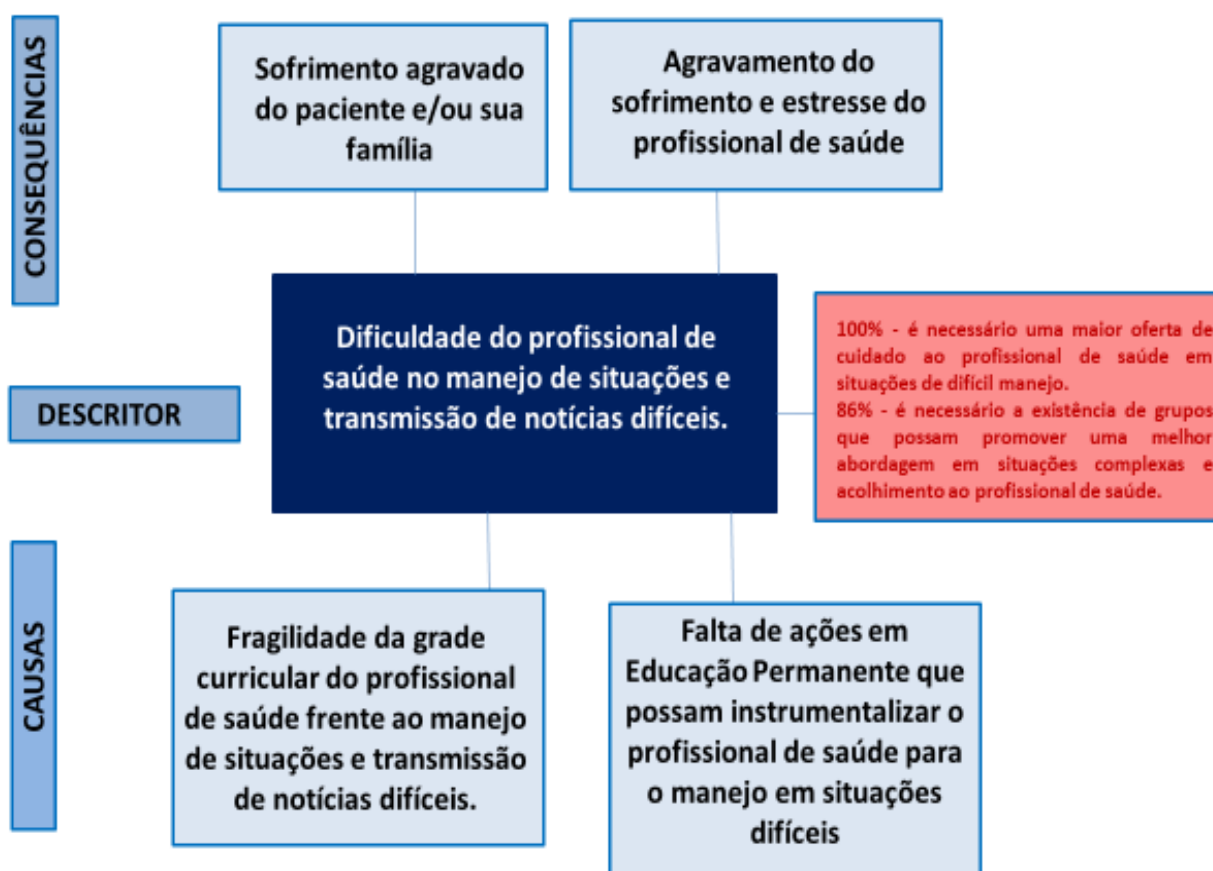
Para iniciar a construção da árvore é necessário que se determine claramente qual o corte a ser dado na realidade a ser trabalhada. A determinação do foco de análise (ou problema central, ou problema inicial), delimita o subconjunto da realidade a ser analisada, possibilitando clareza sobre a situação problemática e sua abrangência. Estabelecido o foco, passa-se ao levantamento e à ordenação dos problemas, considerando a relação de causalidade entre eles, dentro do princípio de que problemas geram problemas. A importância de um problema não é dimensionada por sua posição na árvore. O raciocínio, ao se trabalhar com esse instrumento, é analítico-causal e não hierárquico (FERRAMENTAS. 2007).

A análise de problemas é, portanto, um conjunto de técnicas para: definir o foco de análise de uma determinada situação; identificar os principais problemas dessa situação; e analisar os problemas estabelecendo suas relações de causalidade.

3.1.1 Árvore de Problemas da dificuldade do profissional de saúde no manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.

A árvore de problemas apresentada abaixo foi construída com o intuito de apresentar a dificuldade do profissional de saúde no manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.

Problema: O manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.



A partir da análise da árvore, conclui-se que a fragilidade da grade curricular do profissional de saúde e a falta de ações em Educação Permanente que possam capacitar e também acolher o profissional de saúde frente ao manejo e transmissão de notícias difíceis, potencializam as chances da fragilidade no acolhimento e agravamento do sofrimento da família e/ou do paciente, assim como do próprio profissional de saúde.

4. ATORES SOCIAIS

Ator social é definido como um grupo organizado de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la (MATUS, 1993), para tanto é necessário que esse ator tenha: o

controle sobre os recursos relevantes; uma organização minimamente estável; um projeto para intervir nessa realidade.

4.1 Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais

ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
Setor de Educação Permanente da ME-UFRJ	Alto	+
Direção da ME-UFRJ	Alto	+
Profissionais de saúde da ME-UFRJ	Alto	+
Marianna Lopes Monteiro (eu)	Alto	+

4.1.1 Análise de Atores Sociais:

Foi escolhida como ação estratégica do projeto aplicativo a realização de uma oficina de capacitação direcionada para os profissionais da Maternidade Escola da UFRJ. Desta forma, se colocam relevantes os atores sociais: Setor de Educação Permanente da Maternidade Escola da UFRJ, devido ao fato da oficina de capacitação ser direcionada aos profissionais de saúde, com o intuito de propor uma promoção do saber e desenvolvimento de habilidades; Professor Joffre Amim Junior, diretor da Maternidade Escola da UFRJ, uma vez que a oficina de capacitação será direcionada para os profissionais de saúde que atuam na maternidade e necessidade de utilização do espaço físico da instituição; e Marianna Lopes Monteiro (eu), como executora do projeto e oficina.

5. PLANO DE AÇÃO/PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

O plano de ação escolhido para o projeto aplicativo foi a realização de uma cartilha que deterá um material com linguagem acessível, detalhadas e devidamente referenciadas sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis. Este material servirá de referência para a realização da oficina de capacitação e proporcionará uma maior possibilidade dos profissionais de saúde perpetuarem o aprendizado para outros profissionais. A cartilha é um instrumento de intervenção utilizado no mundo inteiro para promover promoção de saúde, informação e ensino-aprendizagem a equipes e coordenações.

Outro plano de ação escolhido é a oficina de capacitação, que irá proporcionar aos profissionais de saúde da Maternidade Escola da UFRJ um maior conhecimento sobre o tema, troca de experiências, dificuldades na atuação no manejo de situações difíceis e capacitação na transmissão de notícias difíceis com referência no Protocolo SPIKES.

5.1 – Ações estratégicas:

Ação Estratégica 1: Criação de uma cartilha informativa sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis							
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos	Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
<p>1) Confeccionar uma cartilha com linguagem acessível, informações detalhadas e devidamente referenciadas sobre o manejo de situações e comunicação de notícias difíceis para uso dos profissionais de saúde;</p> <p>2) Na cartilha serão abordadas a importância do acolhimento ao paciente e/ou sua família.</p>	<p>Adaptação da cartilha para uso de uma linguagem que seja clara e acessível a todos os profissionais de saúde.</p>	<p>A cartilha funcionará como material para ser trabalhado com o grupo de capacitação;</p> <p>Poderá ser utilizada pelos profissionais de saúde em reuniões de equipe e frente a situações complexas e de difícil manejo;</p> <p>Poderá ser ofertada para os profissionais e carregada para qualquer outro lugar;</p> <p>A cartilha pode ser passada de profissional para profissional, desenvolvendo uma construção do saber.</p>	<p>Financeiro: instituição ME;</p> <p>Organizativo: contato entre o proponente e a instituição ME;</p> <p>Material: disponibilização de recursos para confecção da cartilha (ex.: folhas de papel, impressora, toner de tinta, etc).</p>	<p>Janeiro a Março de 2019</p>	<p>Mestranda Marianna Lopes Monteiro</p>	<p>Ação avaliativa junto aos profissionais para que possam responder a perguntas sobre informações trabalhadas na cartilha.</p>	<p>Cumprimento efetivo do cronograma proposto.</p>

Ação Estratégica 2: Oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis

Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos	Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
<p>1) Realizar um grupo de capacitação para os profissionais de saúde, utilizando a cartilha produzida, com o objetivo de aprimorar habilidades específicas, visando o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis a partir das referências do Protocolo SPIKES.</p> <p>2) A oficina de capacitação se baseará nas explicações do conteúdo da cartilha e nas questões levantadas pelo grupo frente as suas dificuldades e experiências no</p>	<p>Garantia da presença dos profissionais de saúde na oficina de capacitação.</p> <p>Dificuldade de encontrar horários comuns entre os profissionais de saúde escolhidos.</p> <p>Resistência por parte dos profissionais de saúde em expor suas dificuldades e experiências frente ao manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.</p>	<p>Interesse da instituição no aprimoramento dos profissionais de saúde.</p> <p>Oficina de capacitação ocorrerá na ME, local de trabalho dos profissionais convidados a participar.</p> <p>A oficina de capacitação visa proporcionar um maior conhecimento aos profissionais de saúde frente ao tema, o que poderá evitar um agravamento do sofrimento ao paciente e/ou família, assim como do profissional e sua equipe.</p>	<p>Financeiro: Instituição ME</p> <p>Organizativo: Contato entre coordenadores de serviços sobre a capacitação.</p> <p>Podem: Direção da unidade e coordenadores dos serviços.</p> <p>Materiais: Estrutura física e recurso humano.</p>	Janeiro a Março de 2019	Mestranda Marianna Lopes Monteiro apoiada pelo Setor de Educação Permanente da ME.	A avaliação ocorrerá a partir de uma situação problema na oficina de capacitação.	O cumprimento do cronograma da capacitação.

Ação Estratégica 2: Oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis

Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos	Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
<p>3) Serão abordadas a importância do acolhimento e manejo de profissional de saúde frente situações difíceis junto ao paciente e/ou família.</p> <p>4) Será trabalhado o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis utilizando como referência o Protocolo SPIKES.</p>	<p>Garantia da presença dos profissionais de saúde na oficina de capacitação.</p> <p>Dificuldade de encontrar horários comuns entre os profissionais de saúde escolhidos.</p> <p>Resistência por parte dos profissionais de saúde em expor suas dificuldades e experiências frente ao manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.</p>	<p>Interesse da instituição no aprimoramento dos profissionais de saúde.</p> <p>Oficina de capacitação ocorrerá na ME, local de trabalho dos profissionais convidados a participar.</p> <p>A oficina de capacitação visa proporcionar um maior conhecimento aos profissionais de saúde frente ao tema, o que poderá evitar um agravamento do sofrimento ao paciente e/ou família, assim como do profissional e sua equipe.</p>	<p>Financeiro: Instituição ME</p> <p>Organizativo: Contato entre coordenadores de serviços sobre a capacitação.</p> <p>Poder: Direção da unidade e coordenadores dos serviços.</p> <p>Materiais: Estrutura física e recurso humano.</p>	Janeiro a Março de 2019	Mestranda Marianna Lopes Monteiro apoiada pelo Setor de Educação Permanente da ME.	A avaliação ocorrerá a partir de uma situação problema na oficina de capacitação.	O cumprimento do cronograma da capacitação.

5.2 Resultados esperados das Ações Estratégicas Propostas:

Acredita-se que diante da experiência da oficina de capacitação, os profissionais de saúde poderão ter a oportunidade de conhecerem as referências do protocolo SPIKES para o manejo e transmissão de notícias difíceis. Assim como serem encorajados a repassarem os conhecimentos apreendidos para outros profissionais de saúde e aperfeiçoarem a sua atuação. Acredita-se que com a distribuição da cartilha, o conteúdo seja melhor apreendido e elaborado pelo profissional, sendo um instrumento importante para repasse do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAILE, W. F. et al. **SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer.** *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>. Acesso em 30/07/2017

BRAUER, Jussara. **O sujeito e a deficiência.** Estilos da Clínica, São Paulo, 1998.

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

CAMPOS, Carla Andréa Costa Alves de et al . Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro v. 41,n. spe2,p. 165-174, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600165&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s214>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. BRASIL. **Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 1931, de 24 de setembro de 2016.** Brasília, DF, 2016.

Ferramentas e Métodos de Planejamento. In: **Curso PPA: Elaboração e Gestão – Ciclo Básico: Módulo II.** Brasília: 2007. p. 1-14.

GÓMEZ SANCHO, Marcos. **Como dar las malas noticias en medicina.** Madrid: Arán, 2006.

HELMING, S. & GÖBEL, M. **Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit,** Eschborn, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: Inca, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf Acesso em: 01/07/2017

KAMERS, Michele. **O brincar no primeiro ano de vida.** Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Psicologia, Fundação Universidade Regional de Blumenau, 2001.

LACAN, Jacques. **O seminário, Livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LIMA, Lilia. **Uma abordagem psicanalítica da estimulação precoce.** Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal Fluminense, 1998.

LINO, Carolina Arcanjo et al . **Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades**

em transmissão de más notícias. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 35,n. 1,p. 52-57, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Julho 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>.

LUGARINHO, C; FERIOTTI, M. L; MAGALHÃES, P; MARINHO, S. **Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias brasileiras.** Em: Saúde e infância: a EBBS e a construção da PNAISC – conceitos e experiências nos territórios. Rio de Janeiro: Revista Divulgação em saúde para debate, 2016, p. 64 – 76.

MAIA, Marisa Schargel. **Extremos da alma.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MATUS, Carlos. **El plan como apuesta. Revista PES (Planeación Estratégica Situacional).** Caracas, Venezuela: Fundación Altadir, n. 2, p. 9-59, abril, 1993.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** 2ed. Brasília, IPEA, 1996, vol.1.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, 17 (3): PP. 621 – 626.

MONTEIRO, D. T, et al(2015). Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. Psicologia Social. v. 15, n. 2. **Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia.** Acesso em 20 de outubro 2017. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17658/13055>

OLIVEIRA, E. A. de, SANTOS, M. A. dos, & Mastopietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamento para a vida. **Psicologia em Estudo**, 15(2). Acessado em: 20 de outubro 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI413-737220100000200002&lng=en&nrm=iso

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; sob a supervisão de Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

APÊNDICE E – Folder do Projeto Aplicativo



O MANEJO DE SITUAÇÕES E COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Mestranda: Marianna Lopes Monteiro
Professora Orientadora: Dra Marisa Schargel Maia
Professor: Joffre Amim Junior

INTRODUÇÃO:

A comunicação em saúde depende de um preparo e sensibilidade do profissional de saúde, especialmente quando necessita comunicar notícias difíceis. Tal prática faz parte da atuação de qualquer profissional de saúde, sendo um conteúdo indispensável em sua formação. Uma notícia difícil é qualquer informação dada que afeta de forma negativa o futuro do paciente e/ou sua família, não se restringindo somente a informação de um óbito ou possível óbito. Cabe ressaltar que o impacto de uma notícia difícil em uma Maternidade possui especificidades e enfrentamentos particulares, que podem afetar a todos os envolvidos no processo. Desta forma, entende-se que deter do manejo de situações e comunicação de notícias difíceis é uma habilidade que precisa ser ensinada e aprendida pelo profissional de saúde, não se configurando como uma capacidade inata ou um “dom divino”. Deter deste saber é uma capacidade de extrema importância para uma melhor oferta do cuidado e acolhimento ao paciente, assim como ao próprio profissional de saúde e sua equipe.

A PERGUNTA

Quais as estratégias individuais, coletivas e institucionais de enfrentamento dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ ?

OBJETIVO GERAL:

Conhecer as estratégias individuais, coletivas e institucionais de enfrentamento dos profissionais de saúde no manejo de situações e comunicação de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ.

AÇÕES ESPECÍFICAS:

1 – Criação de uma cartilha informativa sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.

2 – Oficina de capacitação com os profissionais da ME sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis com referência do Protocolo SPIKES.

REFERÊNCIAS:

- BUONICCONTI, R. Não se trata de um teste: a guia de saúde para profissionais. *Boletim: The Johns Hopkins University Press*, 1993.
- SOBRES, Salsomito, Marisa. Como dar as más notícias em medicina. *Medicine Actual*, 2004.
- MAIA, Marisa Schargel. *Extremos da vida*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- LACAN, Jacques. O semântico, Livro 2. *O eu no texto de Freud e a noção da palíndromo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

PLANO DE AÇÃO

Objetivos	Difícilidades	Facilidades	Recursos	Competência	Responsável	Avaliação	Monitoramento
1) Construção de uma cartilha informativa sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.	Adaptação da cartilha para o grupo de especialistas em obstetria e neonatologia.	A UFRJ é uma universidade com recursos humanos e tecnológicos para a realização de projetos de pesquisa e extensão.	Financeiro: R\$ 10.000,00. Material: R\$ 5.000,00. Espaço físico: R\$ 2.000,00.	Elaboração de uma cartilha informativa sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.	Mestranda Marianna Lopes Monteiro e Professora Orientadora Dra Marisa Schargel Maia.	Atividade realizada e avaliada.	Cumprimento de todas as etapas do projeto.

Objetivos	Difícilidades	Facilidades	Recursos	Competência	Responsável	Avaliação	Monitoramento
1) Realizar uma oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.	Carência de recursos humanos e materiais para a realização da oficina.	Interesse de profissionais de saúde na realização de oficinas de capacitação.	Financeiro: R\$ 10.000,00. Material: R\$ 5.000,00. Espaço físico: R\$ 2.000,00.	Elaboração de uma oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.	Mestranda Marianna Lopes Monteiro e Professora Orientadora Dra Marisa Schargel Maia.	Atividade realizada e avaliada.	Cumprimento de todas as etapas do projeto.

Objetivos	Difícilidades	Facilidades	Recursos	Competência	Responsável	Avaliação	Monitoramento
1) Realizar uma oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.	Carência de recursos humanos e materiais para a realização da oficina.	Interesse de profissionais de saúde na realização de oficinas de capacitação.	Financeiro: R\$ 10.000,00. Material: R\$ 5.000,00. Espaço físico: R\$ 2.000,00.	Elaboração de uma oficina de capacitação sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis.	Mestranda Marianna Lopes Monteiro e Professora Orientadora Dra Marisa Schargel Maia.	Atividade realizada e avaliada.	Cumprimento de todas as etapas do projeto.

RESULTADOS ESPERADOS: Acredita-se que diante da oferta da cartilha informativa e da experiência da oficina de capacitação com referência do Protocolo SPIKES, os profissionais de saúde deterão de instrumentos para melhor prática do manejo e transmissão de notícias difíceis.

CONTATO: marianna.lopesmonteiro@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: **Revelação da Verdade; Maternidade; Saúde do Trabalhador.**

APÊNDICE F - Parecer Consubstanciado Do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O manejo de situações e transmissão de notícias difíceis na Maternidade Escola da UFRJ.

Pesquisador: MARIANNA LOPES MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09336419.0.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.219.867

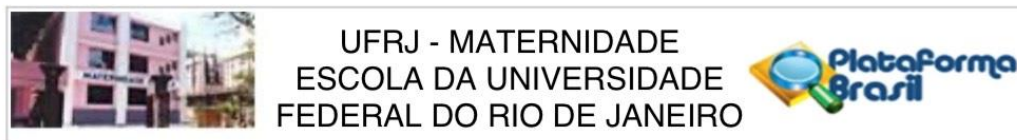
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola UFRJ, que tem por objetivo realizar um estudo capaz de conhecer as estratégias individuais, coletivas e institucionais de enfrentamento dos profissionais da Maternidade Escola da UFRJ no manejo de situações e na transmissão de notícias difíceis. O método escolhido para a realização do trabalho é a pesquisa qualitativa compreensivista, contando na segunda etapa com a modalidade de pesquisa-intervenção, com abordagem qualitativa e compreensivista. Será realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde da Maternidade Escola da UFRJ que atuam nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Medicina Fetal. Será analisada a visão dos profissionais sobre o manejo de situações e transmissão de notícias difíceis, colhendo informações e desafios até então enfrentados. Posteriormente será construído e aplicado uma oficina de capacitação, voltada para os profissionais de saúde da ME, a partir dos aspectos levantados nas entrevistas realizadas, com foco no manejo de situações e transmissão de notícias difíceis e referências do Protocolo SPIKES.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as estratégias individuais e coletivas dos profissionais de saúde no manejo de situações e transmissão de notícias difíceis nas unidades de UTI neonatal e Medicina Fetal da Maternidade

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.219.867

Escola da UFRJ

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto oferece baixo risco. No entanto, poderá causar algum desconforto aos entrevistados, tendo em vista que aborda um tema de impacto para todos os envolvidos.

Benefícios:

Como benefícios, contribuirá para criação de dispositivos que possam ajudar no aprimoramento das ferramentas de acolhimento diante da tarefa do manejo de situações e transmissão de notícias difíceis realizada pelos profissionais de saúde. Assim poderá potencializar a transformação de práticas profissionais e problematização do processo de trabalho frente ao acolhimento, contribuindo para a valorização dos vínculos terapêuticos entre profissionais de saúde e usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes e corretos.

Recomendações:

Descrever melhor a forma de análise dos dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.219.867

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1299126.pdf	11/03/2019 01:14:29		Aceito
Outros	Parecer_do_Comite_Gestor_de_Pesquisa_Marianna_Lopes_Monteiro.pdf	11/03/2019 01:12:18	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/03/2019 01:08:33	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
Outros	CURRICULO.pdf	11/03/2019 00:59:49	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ENTREVISTA.pdf	10/03/2019 18:04:13	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/03/2019 16:50:27	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	10/03/2019 16:39:32	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	10/03/2019 16:37:48	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	10/03/2019 16:31:17	MARIANNA LOPES MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Março de 2019

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br