



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Comunicação de más notícias pelos médicos do
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira: um estudo
exploratório**

Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Vitória

Coorientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

Covilhã, junho de 2019

Dedicatória

À memória do meu querido e amado avô António Júlio Veríssimo, que me criou, educou e transmitiu a sua velha máxima “VIVER SERVINDO” e que agora desde lá do alto é a estrela que me guia e protege;

À memória do meu Tio Quim, que foi sempre um exemplo de educação e humildade;

À minha linda e estimada avó Dilcarina Veríssimo, que ainda hoje e cada vez mais, me dá bons conselhos, me apoia incondicionalmente e cuida de mim.

À minha mãe, amiga e confidente Furak Alves, por ser a melhor mãe que o Universo me poderia ter dado, que é o exemplo que tudo é possível se lutarmos pelos nossos sonhos, que me transmitiu todos os valores e princípios pelos quais me rijo, que sempre foi e continua a ser a minha bússola nos momentos mais difíceis, acreditando em mim, mesmo quando eu já não tenho forças para tal. Deste-me a vida, eu dou-te o meu amor eterno.

Aos meus estimados e queridos Professores e amigos, Dra. Emilia Botello Ramírez e Dr. Andrés Hernandez Ramírez, os quais me iniciaram nesta nobre e gentil arte que é a Medicina. Desempenharam um papel fundamental durante a minha formação, ensinando-me a ser um médico de ciência e consciência com elevadíssimos valores ético, altruísta e de solidariedade.

A todos, dedico esta tese, pois nela expressei um pouco da influência que recebi de todos vós.

Agradecimentos

Ao Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira em especial ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, pela disponibilidade e amabilidade com que me receberam.

A todos os médicos que voluntariamente desejaram participar nesta investigação.

Ao meu Orientador, Prof. Doutor Paulo Vitória, pelos ensinamentos, clarividência e recomendações com que a cada etapa me exigia mais e melhor.

Ao meu Coorientador Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco, por ter acreditado e confiado em mim, por estar sempre disponível para me receber, orientar e aconselhar. Por ser um exemplo de médico dedicado, humanista e generoso, que sonho um dia vir a ser.

À minha mãe Furak Alves, pelas intermináveis horas de ajuda, orientação e motivação quando já não sabia a quem mais recorrer. Sem ti não seria possível.

À Doutora Eugénia Pedro e Dra. Sílvia Lopes, pela experiência e momentos de importante apoio na reta final.

Ao meu grande amigo Hugo Coutinho, por ajudar-me a aclarar prioridades e objetivos, pela motivação, por estar sempre disponível para me tranquilizar e apoiar.

A todos, um eterno obrigado.

“Il n’ya pas d’homme plus digne d’estime que le médecin qui, ayant étudié la nature depuis sa jeunesse, connaît les propriétés du corps humain, les maladies qui l’attaquent ainsi que les remèdes qui peuvent lui être bénéfiques et qu’il exerce son art”.

Voltaire

“Ser en verdade un gran médico es el amor invariable al que sufre y a la generosidade en la prestación de la ciência... Sólo se es dignamente Médico, con la idea clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y com medios de utilidade insegura, pero con la com ciência cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor “

Gregório Maraño

Resumo

Uma das áreas mais temidas no mundo da medicina, sobretudo porque respeita a situações graves, a comunicação de más notícias reveste-se de especial complexidade no que respeita às relações entre os profissionais de saúde, paciente e seus familiares.

O processo de comunicar uma má notícia continua a ser um momento angustiante para os médicos uma vez que as más notícias, geralmente, implicam alterações muito drásticas na vida dos pacientes e dos seus familiares.

Cada vez mais investigadores se debruçam sobre o tema, na tentativa de amenizar angústias e capacitar os profissionais de saúde para a transmissão de más notícias.

Sendo a comunicação um processo dinâmico e multidirecional de troca de informações por vários canais, ela permite a transmissão das informações pela palavra.

Atualmente, muitos autores referem ser a questão da comunicação de más notícias, um problema para o qual ainda não apareceram soluções milagrosas.

O conceito de más notícias, já largamente definido, foi a base da nossa determinação para efetuar este estudo.

Uma possível definição de má notícia é a que nos é apresentada por Buckman “*toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro*”.

Para realizar tal projeto, como metodologia, efetuámos, para uma melhor compreensão sobre a comunicação de más notícias, uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados SCOPUS, SciELO, BioMed, DOAJ, MEDLINE, Web of Science, B-ON, RCAAP, U-Bibliorun entre outros motores de busca.

No que concerne ao questionário por nós elaborado, este foi construído com recurso à revisão da literatura que efetuámos. É composto por uma primeira parte (escala ordinal tipo Likert) por questões de resposta fechada e uma questão aberta, e uma segunda parte de informação sociodemográfica dos respondentes.

O estado da arte revelou-nos uma crescente preocupação sobre o tema e um aumento de estudos realizados, no que respeita à comunicação de más notícias.

No estudo realizado por Galvão et al, as autoras concluem que uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais é a comunicação de más notícias, pois causa desconforto e angústia no recetor e no emissor da má notícia e exige muita sensibilidade, profissionalismo e formação por parte dos médicos.

Delineámos como objetivo, investigar como são transmitidas as más notícias pelos médicos, no SUMC do CHUCB, para a obtenção de dados destinados à compreensão da resolução de problemas e utilização de material de apoio na comunicação de más notícias, bem como compreender a preparação dos médicos para a comunicação de más notícias e a forma como o fazem.

Também nos interessa saber se os médicos conhecem a existência de protocolos de comunicação de más notícias, se os utilizam e como os classificam quanto à sua utilidade.

Para tal, realizámos um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com aplicação de um questionário dirigido aos médicos do SUMC do CHUCB. A amostra probabilística é constituída por 65 médicos que exercem funções no SUMC do CHUCB.

Procurámos assim, identificar o modo como as más notícias são transmitidas pelos médicos, as condições em que essa mesma comunicação é realizada e se os médicos se sentem preparados para o fazer.

Dos resultados obtidos, realçamos que a maioria (75,4%) dos médicos do SUMC do CHUCB, se sentem preparados para esta comunicação e que 61,5% relacionam este facto com a preparação académica.

Ao cruzarmos a variável da pergunta 1 *“Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a transmissão de más notícias?”* com a variável da pergunta 4 *“Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias?”*, verificámos que os participantes que fizeram formação contínua dividem-se - metade sentem-se preparados para comunicar más notícias e a outra metade não. Entre os que não fizeram formação contínua, a maioria sente-se preparado. As diferenças são significativas.

Este resultado é surpreendente. Sugere que os mais inseguros procuram formação e ainda assim continuam inseguros. Os que estão seguros não procuram formação. Os resultados confirmam também que a formação académica é mais útil na preparação dos médicos para comunicar más notícias do que a formação contínua.

Palavras-chave

Comunicação de más notícias; Médicos; Urgência; Relação médico-paciente; Protocolo SPIKES.

Abstract

One of the most feared areas in the world of medicine, especially as it relates to serious situations, the communication of bad news is particularly complex in relation to the relationships between health professionals, patients and their families.

The process of communicating bad news remains a harrowing time for doctors as bad news often involves very drastic changes in the lives of patients and their families.

More and more researchers are working on this issue in an attempt to alleviate anguish and enable health professionals to transmit bad news.

Since communication is a dynamic and multidirectional process of information exchange through several channels, it allows the transmission of information by the word.

Many authors now refer to the issue of communicating bad news, a problem for which miraculous solutions have not yet appeared.

The concept of bad news, already widely defined, was the basis of our determination to carry out this study.

One possible definition of bad news is that we are presented by Buckman "all information that involves a drastic and negative change in the life of the person and in the perspective of the future".

In order to carry out such a project, as a methodology, for a better understanding of the communication of bad news, a bibliographic search in the databases SCOPUS, SciELO, BioMed, DOAJ, MEDLINE, WebofScience, B-ON, RCAAP, U-Bibliorun among other search engines.

With regard to the questionnaire we prepared, it was constructed using the literature review we performed. It consists of a first part (Likert type ordinal scale) for questions of closed response and an open question, and a second part of sociodemographic information of the respondents.

The state of the art has shown us a growing concern about the subject and an increase of studies carried out, regarding the communication of bad news.

In the study carried out by Galvão et al, the authors conclude that one of the most difficult and complex areas in the context of interpersonal relations is the communication of bad news

because it causes discomfort and distress in the recipient and the emitter of the bad news and requires a lot of sensitivity, professionalism and training.

We aim to investigate how bad news is transmitted by physicians at the CHUCB EMSS to obtain data aimed at understanding problem solving and using support material in communicating bad news, as well as understanding the preparation of doctors to communicate bad news and the way they do it.

We also want to know if physicians are aware of the existence of communication protocols for bad news, if they use them and how they classify them as to their usefulness.

For this, we carried out a quantitative, exploratory and descriptive study, with the application of a questionnaire addressed to the physicians of the EMSS of CHUCB. The probabilistic sample consists of 65 physicians who work in the EMSS of CHUCB.

We have thus sought to identify how the bad news is transmitted by doctors, the conditions in which the same communication is performed and the doctors feel prepared to do so.

From the results obtained, we emphasize that the majority (75.4%) of the physicians at EMSS of CHUCB feel prepared for this communication and that 61.5% relate this fact to the academic preparation.

When we cross the variable of question 1 *“As a health professional, do you feel prepared for the transmission of bad news?”* With the variable of question 4 *“Have you been continuously training in the area of bad news communication throughout your professional career?”*, We have found that participants who have been in continuous training are divided - half feel ready to communicate bad news and the other half did not. Among those who did not do continuous training, most feel prepared. The differences are significant.

This result is surprising. It suggests that the most insecure seek training and yet remain insecure. Those who are safe do not seek training. The results also confirm that academic training is more useful in preparing doctors to communicate bad news than continuing education.

Keywords

Communication of bad news; Physicians; Urgency; Physician-patient relationship; SPIKES protocol.

Resumen

Una de las áreas más temidas en el mundo de la medicina, sobre todo porque se refiere a situaciones graves, la comunicación de malas noticias reviste una especial complejidad en lo que respecta a las relaciones entre los profesionales de la salud, el paciente y sus familiares.

El proceso de comunicar una mala noticia sigue siendo un momento angustioso para los médicos, ya que las malas noticias, generalmente, implican cambios muy drásticos en la vida de los pacientes y de sus familiares.

Cada vez más investigadores se inclinan sobre el tema, en el intento de amenizar angustias y capacitar a los profesionales de salud para la transmisión de malas noticias.

Puesto que la comunicación es un proceso dinámico y multidireccional de intercambio de información a través de varios canales, que permite la transmisión de informaciones por la palabra.

En la actualidad, muchos autores mencionan ser la cuestión de la comunicación de malas noticias, un problema para el que aún no han aparecido soluciones milagrosas.

El concepto de malas noticias, ya ampliamente definido, fue la base de nuestra determinación para efectuareste estudio.

Una posible definición de mala noticia, es la que nos presenta Buckman *“toda la información que implica un cambio drástico y negativo en la vida de la persona y en la perspectiva del futuro”*.

Para realizar tal proyecto, como metodología, efectuamos, para una mejor comprensión sobre la comunicación de malas noticias, una investigación bibliográfica en las bases de datos SCOPUS, ScieloBioMed, DOAJ, MEDLINE, WebofScience, B-ON, RCAAP, U-Bibliorun entre otros motores de búsqueda.

En lo que concierne al cuestionario por nosotros elaborado, éste fue construido con recurso a la revisión de la literatura que hemos hecho. Se compone de una primera parte (escala ordinal tipo Likert) por cuestiones de respuesta cerrada y una cuestión abierta, y una segunda parte de información sociodemográfica de los encuestados.

El estado del arte nos ha revelado una creciente preocupación sobre el tema y un aumento de estudios realizados en relación con la comunicación de malas noticias.

En el estudio realizado por Galvão et al, las autoras concluyen que una de las áreas más difíciles y complejas en el contexto de las relaciones interpersonales es la comunicación de malas noticias pues causa incomodidad y angustia en el receptor y en el emisor de la mala noticia y exige mucha sensibilidad, profesionalismo y formación por parte de los médicos.

Delineamos como objetivo, investigar cómo se transmiten las malas noticias por los médicos, en el SUMC del CHUCB, para la obtención de datos destinados a la comprensión de la resolución de problemas y utilización de material de apoyo en la comunicación de malas noticias, así como comprender la preparación de los médicos para la comunicación de malas noticias y la forma cómo lo hacen.

También nos interesa saber si los médicos conocen la existencia de protocolos de comunicación de malas noticias, si los utilizan y cómo los clasifican en cuanto a su utilidad.

Para ello, realizamos un estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo, con aplicación de un cuestionario dirigido a los médicos del SUMC del CHUCB. La muestra probabilística está constituida por 65 médicos que desempeñan funciones en el SUMC del CHUCB.

Por lo tanto, buscamos identificar cómo las malas noticias son transmitidas por los médicos, las condiciones en que se realiza la misma comunicación y si los médicos se sienten preparados para hacerlo.

De los resultados obtenidos, subrayamos que la mayoría (75,4%) de los médicos del SUMC del CHUCB, se sienten preparados para esta comunicación y que el 61,5% se relaciona con la preparación académica.

Al cruzar las variables de la pregunta 1 y las variables de la pregunta 4, verificamos que los participantes que hacen formación continua se dividen - mitad se sienten preparados para comunicar malas noticias y la otra mitad no. Entre los que no hicieron formación continua, la mayoría se siente preparado. Las diferencias son significativas.

Este resultado es sorprendente. Sugiere que los más inseguros busquen formación y aún así siguen inseguros. Los que están seguros no buscan formación. Los resultados confirman también que la formación académica es más útil en la preparación de médicos para comunicar malas noticias que la formación continua.

Palabras clave:

Comunicación de malas noticias; médicos; urgencia; Relación médico-paciente; Protocolo SPIKES.

Índice

| | |
|--|------|
| Dedicatória..... | iii |
| Agradecimentos..... | v |
| Resumo | ix |
| Abstract | xi |
| Resumen | xiii |
| Lista de Tabelas | xvii |
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Comunicação..... | 5 |
| 2.1 Más notícias e o Protocolo BUCKMAN / SPIKES | 6 |
| 2.2 Obstáculos à comunicação | 12 |
| 2.3 Barreiras culturais da comunicação..... | 13 |
| 3. Metodologia | 15 |
| 3.1. População e amostra | 16 |
| 3.2. Instrumento de recolha de dados..... | 17 |
| 3.3. Procedimentos de estatística..... | 18 |
| 3.4. Procedimentos formais e éticos..... | 19 |
| 4. Resultados | 20 |
| 4.1. Dados Sociodemográficos..... | 20 |
| 4.2. Preparação para a comunicação de más notícias por género e idade | 21 |
| 4.3. Evitar transmitir uma má notícia..... | 22 |
| 4.4. Relação entre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico..... | 24 |
| 4.5. Relação entre a preparação para a comunicação de más notícias e formação contínua | 25 |
| 4.6. Práticas de comunicação de más notícias..... | 27 |
| 4.7. Sentimentos..... | 30 |
| 4.8. Protocolos para comunicação de más notícias..... | 32 |
| 4.9. Investimento em formação contínua | 32 |
| 4.10. Melhorias nas condições para a transmissão de más notícias..... | 33 |
| 5. Discussão..... | 35 |
| 5.1. Discussão dos resultados | 35 |
| 5.2. Limitações do estudo e pontos fortes..... | 40 |
| 5.3. Perspetivas Futuras..... | 41 |
| Bibliografia..... | 43 |
| Anexos..... | 45 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo e idade..... | 20 |
| Tabela 2- Ano de conclusão do curso, tempo total de serviço e tempo de serviço no SMUC .. | 20 |
| Tabela 3 - Preparação para a comunicação de más notícias..... | 21 |
| Tabela 4 - Preparação para a comunicação de más notícias, por género | 22 |
| Tabela 5 - Preparação para a comunicação de más notícias por idade | 22 |
| Tabela 6 - Evitar transmitir uma má notícia | 22 |
| Tabela 7 - Formação académica específica sobre o processo de comunicação de más notícias | 23 |
| Tabela 8 - Formação profissional contínua sobre a comunicação de más notícias | 23 |
| Tabela 9 - Relação entre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico | 24 |
| Tabela 10 - Relação entre as variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação profissional contínua..... | 25 |
| Tabela 11 - Relação entre as variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico | 26 |
| Tabela 12 - Testes qui-quadrado..... | 26 |
| Tabela 13 - Medidas Simétricas do cruzamento das variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico..... | 27 |
| Tabela 14 - Preparação antecipada de estratégia para a transmissão de uma má notícia, por género | 27 |
| Tabela 15 - Preparação de um ambiente privativo, seguro e confortável, para a transmissão de uma má notícia, por género | 28 |
| Tabela 16 - Perceção dos médicos, sobre se os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia, por género | 28 |
| Tabela 17 - Utilização de linguagem perceptível na comunicação de más notícias | 29 |
| Tabela 18 - Respostas e esclarecimentos dos médicos aos familiares, após a comunicação de uma má notícia, por género | 29 |
| Tabela 19 - Prioridade na transmissão de más notícias | 30 |
| Tabela 20 - Nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia..... | 30 |
| Tabela 21 - Manutenção de uma relação próxima com o doente | 31 |
| Tabela 22 - Vocação para a transmissão de más notícias..... | 31 |
| Tabela 23 - Transmissão de toda a verdade sobre o conteúdo da má notícia | 31 |
| Tabela 24 - Utilização de protocolos de comunicação de más notícias | 32 |
| Tabela 25 - Necessidade de mais programas de formação contínua, orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias | 32 |

Tabela 26 - Sugestões de melhoria das condições para a comunicação das más notícias 33

Lista de Acrónimos

| | |
|-----------------------|--|
| AVC | Acidente vascular cerebral |
| BioMed | Base de Dados de Periódicos de Medicina |
| B-ON | Biblioteca do conhecimento online |
| CHUCB | Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira |
| CLIE | Consentimento Livre, Informado e Esclarecido |
| DOAJ | <i>Directory of OpenAccess Journals</i> |
| EMSS | Emergency Medical and Surgical Service |
| EUA | Estados Unidos da América |
| gl | Grau de liberdade |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| PubMed | Motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina |
| RCAAP | Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal |
| SciELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SCOPUS | Base de dados bibliográfica |
| SPIKES | Setting up the interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Science</i> |
| SUMC | Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico |
| UBI | Universidade da Beira Interior |
| Web of Science | Serviço de indexação de citações científicas on-line |

1. Introdução

A comunicação de más notícias exige habilidade, conhecimento e confiança por parte dos profissionais de saúde, visto que envolve sentimentos dos destinatários dessa informação, e do próprio profissional, e pode gerar reações dos mais variados tipos, dependendo do conteúdo e da forma como é transmitida e rececionada a má notícia.

Nestes termos, realçamos a importância da comunicação dos profissionais de saúde com os familiares dos pacientes, sendo que a mensagem passa através da comunicação verbal e não verbal, o que implica competência e habilidade na emissão da mensagem.

O Princípio 9 da Carta Ibero-americana de Ética Médica¹, refere o dever de informação adequada ao paciente e aos seus familiares *"El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada a su paciente y en su caso a sus familiares"*.(1)

A admissão no serviço de urgências configura um acontecimento não previsto e provoca ansiedade, stress e sofrimento não só ao paciente, mas também aos seus familiares. Os familiares não só estão sujeitos à angústia que lhes produz o estado crítico do seu ente querido como também à incompreensão de todo um novo sistema de restrições e novidades que os obrigam a lidar com sentimentos e emoções que lhes permitam assimilar e ajustar-se à nova situação.(2)

Refere ainda Díaz no seu estudo, onde cita vários autores, que para além de enfrentar a possível morte do seu parente, a família destes pacientes enfrenta ainda uma série de outros fatores potencialmente stressantes relacionados com o sofrimento, tais como a dor física do seu ente querido, a deterioração e mudança na sua imagem corporal, as más notícias emitidas pelos médicos, as características ambientais destas unidades hospitalares, a dificuldade de se comunicar com o seu ente querido e a dificuldade de compreender a informação que lhes proporcionam os médicos.(2)

A família do paciente é pois "uma continuidade da pessoa doente", tal como afirma Borges.(3)

O estudo que realizámos tem por objetivos: Investigar, no SUMC do CHUCB, como são transmitidas más notícias pelos médicos; compreender a preparação dos profissionais de saúde para a comunicação de más notícias e a forma como o fazem.

¹ Aprovada em Ponta Delgada, São Miguel - Açores, Portugal; 10 de maio de 2013

Com a ambição de contribuir para a definição de critérios na transmissão de más notícias, definimos como objetivos do nosso estudo:

Objetivo Geral - Investigar como é efetuada a comunicação de más notícias, pelos médicos no SUMC do CHUCB.

Secundários

- Compreender a preparação dos profissionais de saúde para a comunicação de más notícias e a forma como o fazem.
- Compreender quais os requisitos considerados necessários para a comunicação de uma má notícia.
- Compreender o que os médicos consideram ser o mais difícil na transmissão de más notícias.
- Compreender até que ponto os médicos se sentem confortáveis ao transmitir más notícias e o seu nível de conforto face às emoções expressadas pelo doente.

Estudos recentes apontam no sentido de que a formação específica em contexto académico prepara os médicos para a comunicação de más notícias, mas as dificuldades apresentadas pelos médicos, no decorrer do desempenho das suas funções, quando são confrontados com a necessidade de transmitir más notícias, sugere que essa mesma formação é insuficiente ou inadequada.

As más notícias podem ter que ser comunicadas nos mais variados serviços do ambiente hospitalar, sendo mais frequente a sua ocorrência nos serviços de urgências, cuidados intensivos, cuidados paliativos e unidade de AVC.

Método: O nosso estudo foi realizado no SMUC do CHUCB e para tal desenvolvemos um questionário adaptado, que configura um estudo quantitativo com uma amostra probabilística constituída por 65 médicos que foram convidados a participar no estudo respondendo ao questionário. Para efetuar o tratamento estatístico dos dados recorreremos ao programa SPSS versão 25.

Resultados: O nosso estudo revelou que a maioria (75,4%) dos inquiridos sentem-se preparados para a comunicação de más notícias e 61,5% relacionam este facto com a preparação académica e que a prática clínica assume particular importância, uma vez que a totalidade dos inquiridos responde afirmativamente à partilha de experiências e informações.

Podemos também concluir com este estudo que, a maioria dos respondentes, não tem feito formação contínua na área da comunicação das más notícias, ao longo da sua carreira profissional. Os participantes que fizeram formação contínua dividem-se - metade sentem-se preparados para comunicar más notícias e a outra metade não. Entre os que não fizeram formação contínua, a maioria sente-se preparado. Sugere que os mais inseguros procuram formação e ainda assim continuam inseguros. Os que estão seguros não procuram formação.

Podemos assim concluir sobre a necessidade do reforço da formação em contexto académico bem como da formação contínua em contexto profissional.

2. Comunicação

Um dos componentes primários da educação médica é a capacidade de comunicar. Reynolds, refere que, "este ponto é exatamente a causa mais comum de queixa dos doentes ou dos seus familiares, aparentemente um ponto fraco da competência profissional médica".(4)

A eficiência médica tem por base a comunicação como chave da eficácia profissional do médico.

Seixo, refere que "a comunicação constitui-se como uma arma muito poderosa no que se refere à ajuda necessária, à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação das mudanças que ocorrem." e refere ainda que a comunicação é um ato fundamental na vida humana e que, enquanto seres humanos não podemos não comunicar, devido ao facto de estarmos constantemente a interagir com alguma coisa ou com alguém daí resultando um estabelecimento de relações interpessoais, e conclui dizendo que "podemos considerar a comunicação como um processo que permite transmitir a informação e compreensão de uma pessoa para a outra. Se não houver esta compreensão, não ocorre comunicação".(5)

A comunicação foi também objeto de definição por Galvão et al, que referem "A comunicação é uma atividade humana básica, uma condição de ordem social. É o elemento básico da vida social a partir da qual se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais".(6)

O dia a dia dos médicos é repleto de situações em que estes são colocados perante uma situação em que têm de comunicar más notícias aos pacientes e/ou aos familiares dos pacientes.

É neste sentido que Buckman, refere que "a comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano do profissional de saúde, constituindo-se numa das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que origina, os quais podem afetar a qualidade de desempenho neste domínio. É uma situação que exige da parte do profissional de saúde uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino. Causa muitas vezes desconforto e angústia tanto na pessoa que recebe a notícia, pois há uma quebra entre as suas expectativas e a realidade em si, como no profissional de saúde que a comunica porque este tem a noção exata de que induz sofrimento acrescido".(7)

De entre os muitos instrumentos utilizados pelos médicos para cuidados ao doente e atendimento à família, a comunicação é considerada o principal destes instrumentos e que influencia a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Antunes afirma que só é possível atender positivamente às necessidades dos pacientes e familiares, se a comunicação que se estabelece entre os prestadores de cuidados, os pacientes, os familiares e toda a equipa de profissionais, for adequada.(8)

Neste sentido, é de crucial importância que os médicos desenvolvam aptidões comunicacionais que permitam o respeito pela diversidade de valores e crenças.(9)

Nas últimas décadas, tem vindo a crescer o interesse dos investigadores sobre o tema, havendo mesmo quem afirme que "uma boa comunicação desenvolve no doente um efeito imediato, podendo reduzir sintomas sem efeitos colaterais" Filho et al,(6,9) e que, uma má notícia afeta sempre negativamente a vida das pessoas envolvidas (paciente e familiares), criando instabilidade a todos os níveis(Barreto).(6,9)

Sempre que o médico tem que transmitir uma má notícia, fica sujeito a sentimentos adversos por parte de quem recebe a má notícia. De acordo com Twycross, várias atitudes são manifestadas e podem passar por raiva, apatia, agressividade, desespero, entre outros.(6,9)

Comunicar de forma correta é essencial para não provocar distorção da compreensão. Para tal, o médico privilegia, de uma forma geral, a honestidade e a utilização de uma linguagem simples.

2.1 Más notícias e o Protocolo BUCKMAN / SPIKES

Vários esforços têm vindo a ser envidados no sentido de apoiar os profissionais na difícil tarefa de comunicar más notícias. Entre os protocolos existentes, destacamos o Protocolo SPIKES por ser este o mais adaptado às características culturais dos EUA, Europa e Austrália.(10)

Contudo, consideramos ser importante, referir, ainda que superficialmente, outros protocolos existentes e em uso pelos profissionais de saúde.

Galvão et al, referem que "Transmitir más notícias à pessoa doente é imprescindível nas competências dos profissionais de saúde. Produzem um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social do doente. Uma boa relação interpessoal, baseada na confiança, na empatia e no respeito, pode ajudar na adaptação à doença e ao tratamento, contribuindo para uma melhor qualidade de vida".(6)

A revisão da literatura realizada por Galvão et al , revelou o destaque do protocolo SPIKES como modelo de comunicação de más notícias, evidenciado por Lino, et al, Ignacio et al, Araújo, et al e Ribeiro.(6)

Referem ainda as mesmas autoras, no estudo supra, que os profissionais de saúde enfrentam uma situação problemática sempre que têm que transmitir más notícias, enfrentando estes profissionais, sentimentos de revolta e angústia e alertam para que "O treino e o conhecimento de protocolos de comunicação devem constituir um instrumento de trabalho para que o ato de comunicar seja desenvolvido cada vez de forma mais natural e eficiente".(6)

No entanto, o modelo NURSE é referido por Pereira et al, como um protocolo facilitador e estratégico para transmissão de más notícias.(11)

O autor explica o método NURSE, como sendo constituído por cinco fases:

N - **Naming (nomeação)**- permite mostrar sensibilidade, perante o sofrimento do doente. O profissional de saúde demonstra sentimento, envolvendo nas perguntas que faz ao doente as suas emoções.

U - **Understanding (compreensão)**- Esta fase permite aos profissionais de saúde ter conhecimento dos medos e das preocupações do doente. A verdade acerca da doença, juntamente com a empatia, deve estar implícita.

R - **Respecting (respeito)**- O profissional de saúde, deve estabelecer uma relação empática, baseada na confiança, no respeito, na dignidade com o doente e família. Para isso, para além da linguagem verbal, onde deve proporcionar conforto ao doente pelo seu sofrimento, pode também exprimir-se pela linguagem não-verbal, ou seja, pela linguagem corporal.

S - **Supporting (apoio)**- Nesta fase o profissional de saúde, deve reforçar as habilidades do doente para enfrentar a situação. Fornecer informações sobre os recursos disponíveis, recomendar grupos de apoio que eliminem a sensação de abandono e ajudem a enfrentar receios. Consiste em fornecer todo o apoio necessário para aumentar a capacidade do doente lidar com a situação.

E - **Exploring (explorar)**- Permite ao doente partilhar os seus sentimentos e preocupações, através de perguntas e esclarecimentos sobre as respostas dadas anteriormente. É importante que o doente fique sem dúvidas que possam alterar o seu estado emocional.

Wright, descreve o Protocolo PACIENT e avalia a sua aceitação.(12)

O protocolo PACIENT, tem por base uma mnemónica e é constituído por sete passos com base na palavra que dá nome ao protocolo.

P - Preparar-se. O médico deve munir-se de toda a informação relevante, tal como exames laboratoriais, clínicos e de imagem. O ambiente deve também ser preparado para a comunicação da má notícia, por forma a garantir a privacidade e o conforto.

A - Avaliar quanto o paciente sabe sobre a sua doença.

C - Convite à verdade. Aplicar um questionário pré-definido por forma a suscitar a curiosidade e o "querer saber" por parte do paciente.

I - Informar de forma clara e inteligível tendo em conta o nível cultural e a idade do paciente.

E - Emoções. Lidar com as emoções do paciente, considerando as diferenças étnicas.

N - Não abandonar o paciente. Oferecer continuidade de cuidados.

T - Traçar uma estratégia. Envolver o paciente valorizando a autonomia e individualidade nas decisões.

Para Lino et al, Ignacio et al e Araújo et al, o conhecimento de protocolos permite modificar atitudes, agir de forma mais responsável e segura, transmitindo aos profissionais de saúde maior capacidade e menor dificuldade nesta área.(6)

A má notícia, é definida por Buckman, da seguinte forma: "é toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro".(7)

Araújo, envolve o paciente, cuidador e família na definição de má notícia como "qualquer informação de conteúdo desagradável relacionada ao paciente e transmitida a ele, ao seu cuidador ou à sua família, que envolva mudança drástica na perspectiva de futuro e ou prognóstico de saúde".(13)

Normalmente, as más notícias envolvem casos de morte, doenças graves, incapacidades temporárias ou permanentes que vão afetar de forma negativa o paciente e a sua família. Por tais razões, a comunicação de más notícias é uma tarefa sensível e que requer dos

profissionais de saúde um cuidado extremo na escolha das palavras e no cumprimento rigoroso do preceituado no Código Deontológico².(14)

A Ordem dos Médicos no Regulamento de Deontologia Médica - Código Deontológico, dá destaque à competência do médico para a transmissão de más notícias e à forma como deve fazê-lo.

O artigo 19.º aborda especificamente o esclarecimento do médico ao doente

1. O doente tem direito a receber e o médico o dever de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença.
2. O esclarecimento deve ser prestado previamente e incidir sobre os aspetos relevantes de atos e práticas, dos seus objetivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência.
3. O esclarecimento deve ser prestado pelo médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, preocupa o doente.
4. O esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural.
5. O esclarecimento deve ser feito, sempre que possível, em função dos dados probabilísticos e facultando ao doente as informações necessárias para que possa ter uma visão clara da situação clínica e tomar uma decisão consciente.

Já o artigo 25.º é sobre a informação de diagnóstico e prognóstico

- (...) 4. O diagnóstico e prognóstico só podem ser dados a conhecer a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento do doente, a menos que este seja menor ou cognitivamente incompetente.

Para além da ética imprescindível consagrada no já citado Código de Ética, o Protocolo SPIKES, criado por Robert Buckman (7), visa "habilitar o médico a preencher os 4 objetivos mais importantes da entrevista de transmissão de más notícias: recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro"(10) e que constitui uma orientação para os profissionais de saúde comunicarem más notícias.

²Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho de 2016. Regulamento de Deontologia Médica. Código Deontológico.

Este protocolo apresenta as seguintes etapas:

- (S) Setting Up the Interview - Planear a entrevista.

O profissional de saúde deve preparar-se mentalmente para a difícil tarefa de transmitir uma má notícia, que sempre acarreta frustração e ansiedade, e isso inclui antecipar a forma como será transmitida a má notícia e as possíveis reações emocionais ou às perguntas difíceis, do paciente e/ou dos seus familiares.

Contudo, a informação prestada pelo médico pode ajudar o paciente e os seus familiares a planearem o futuro.

O local escolhido para a entrevista deve garantir a privacidade, permitir o foco no assunto e isolar de distrações.

- (P) Perception - Avaliar a perceção do paciente.

Através de perguntas ao paciente e/ou seus familiares, o médico apercebe-se do conhecimento que este tem da doença e da capacidade de compreensão do paciente para o que lhe vai ser transmitido e pode mais facilmente adequar a conversa para uma melhor compreensão.

- (I) Invitation - Obter o convite do paciente.

Por vezes, o paciente não expressa vontade de obter informações sobre o seu diagnóstico, prognóstico e detalhes da sua doença, mas a maioria dos pacientes quer obter essas informações.

"Quando o médico ouve um paciente explicitar o desejo por informação, isto pode diminuir a ansiedade associada com a divulgação da má notícia. Entretanto, esquivar-se da informação é um mecanismo psicológico válido e é mais provável de se manifestar com a progressão da gravidade da doença" Baile et al.(10)

- (K) Knowledge - Dar conhecimento e informação ao paciente.

Nesta etapa, o médico deve preparar o paciente para a notícia que vai receber, utilizando uma linguagem sem termos técnicos, utilizando eufemismos e verificando sempre a compreensão do que foi dito.

- (E) Explore emotions - Abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas.

Os pacientes e/ou familiares, ao receberem uma má notícia podem reagir das mais diversas formas, entre elas constam a raiva, revolta, negação, choro e desespero. Acresce ainda a reação emocional que pode ser de choque, isolamento e dor.

"Nesta situação o médico pode oferecer apoio e solidariedade ao paciente com uma resposta afetiva.

Uma resposta afetiva consiste de quatro etapas: Primeiro, observe qualquer emoção do paciente. Segundo, identifique a emoção experimentada pelo paciente nomeando-a para si mesmo. Terceiro, identifique a razão desta emoção. Quarto, depois que tiver dado ao paciente um breve período de tempo para expressar seus sentimentos, faça-o saber que você ligou a emoção com o motivo da emoção fazendo uma afirmativa a respeito" Baile et al.(10)

- (S) Strategy and summary - estratégias e resumo

Alguns pacientes têm conhecimentos claros sobre a gravidade da sua doença e isso facilita o trabalho do médico. Contudo, "antes de discutir um plano de tratamento, é importante perguntar aos pacientes se eles estão prontos para esta discussão e se aquele é o momento. Apresentar opções de tratamento para os pacientes quando eles estão aptos não é apenas uma obrigação legal em alguns casos, mas irá estabelecer a percepção de que o médico vê seus desejos como importantes.

Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente pode também reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do médico quando o tratamento não é bem-sucedido. Avaliar o não entendimento do paciente sobre a discussão pode prevenir a tendência documentada dos pacientes superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento". Baile et al.(10)

Ainda de acordo com os mesmos autores "transmitir más notícias é também uma tarefa complexa de comunicação. Além do componente verbal de dar de facto uma má notícia, ela também requer outras habilidades. Estas incluem responder às reações emocionais dos pacientes, o envolvimento na tomada de decisão, tratar com o stress criado pelas expectativas de cura do paciente, o envolvimento de múltiplos membros da família, e o dilema de como dar esperança quando a situação é sombria".(10)

Beauchamp e Childress, guiam-nos para os quatro princípios da bioética: Autonomia, onde é estabelecida a condição do indivíduo exercer a sua liberdade de escolha sem coerção; Beneficência, que implica agir em benefício de terceiros; Não maleficência, que interdita a

que seja causado qualquer tipo de danos a terceiros; Justiça, que implica um tratamento adequado a cada indivíduo.(15,16)

Apesar dos esforços que têm vindo a ser feitos no sentido de uma maior preparação dos médicos para a comunicação de más notícias e para a gestão da ansiedade causada por essa ação, muito há ainda a fazer.(17)

2.2 Obstáculos à comunicação

O receio do médico em transmitir uma má notícia, constitui por si só um dos principais obstáculos a uma boa comunicação. O médico portador de más notícias sabe que ao comunicá-las ao paciente ou aos seus familiares, vai provocar dor e sofrimento e sente-se desconfortável quando tem que o fazer.(18-21)

Entre os vários e conhecidos obstáculos à comunicação, realçamos:

. Disponibilidade de tempo

O médico deve tentar não se mostrar apressado e sim pronto a escutar, mesmo que o tempo seja limitado. Qualquer evidência de falta de tempo, será facilmente detetada pelo paciente, o que vai implicar que a partir desse momento ele se sinta menos à vontade para exteriorizar os seus sentimentos. Asher, citado por Myerscough, refere que: "dar ao doente a impressão de lhe dispensar uma hora do seu tempo e, ao mesmo tempo, satisfazê-lo em cinco minutos, é sem dúvida um dom inestimável e de muito maior utilidade do que preencher meia hora com o doente durante a qual ele sente estar a abusar do seu tempo".(22)

. O problema da sexualidade

Invariavelmente os pacientes e os médicos sentem-se desconfortáveis ao abordarem o tema da sexualidade. Para além da preparação necessária que é requerida ao médico para tratar este tema com naturalidade, ele também deve estar preparado para poder atender pacientes com aptidões sexuais diversas.

. O problema da dor, sofrimento e morte

A necessidade de o médico se abstrair da angústia emocional que pode ser causada pela dor, sofrimento, morte e luto encontrados no decurso da prática clínica, implica que eles desenvolvam uma forma de compreender como estas influências afetam a comunicação.

Para se libertarem desses constrangimentos, os médicos podem, de forma inconsciente, evitar abordar os sentimentos do doente e adotar uma atitude distante e impessoal no desempenho das suas funções.

O médico, no momento de comunicar uma má notícia, também pode transmitir ansiedade que pode ser devida a problemas pessoais ou insegurança. É sobretudo nestas situações que o médico procura o apoio da equipa multidisciplinar com quem trabalha, demonstrando-se desta forma que o trabalho de equipa não só é importante na definição de estratégias para a comunicação de uma má notícia, mas também no apoio ao médico que será o principal interlocutor.

Araújo et al, realçam o papel importante da família do paciente no que concerne à proteção psicossocial e por tal motivo, alerta para a necessidade de manter os familiares informados. "Frequentemente os familiares não entendem o que está acontecendo, não sabem para quem perguntar ou como devem se comportar. Os familiares precisam ser mantidos informados sobre o que acontece; uma das necessidades mais proeminentes da família é o estabelecimento de uma comunicação clara, honesta e frequente com os membros da equipe que cuidam do paciente" e citam Geovanini & Braz, que realçam a importância da extensão da transmissão da notícia também à família do doente.(13)

2.3 Barreiras culturais da comunicação

As barreiras culturais, são frequentemente indicadas como um fator que pode influenciar a comunicação entre o médico, o paciente e os familiares do paciente.

Entre essas barreiras culturais contam-se a linguagem, a influência do meio familiar (chefe de família, papel e atitudes das mulheres, agregado familiar), o facto do paciente ser uma criança, as crenças e práticas religiosas, as crenças e práticas religiosas relacionadas com a saúde, a obesidade e os factos da vida: Destino e morte.

Nestes termos, o médico necessita de uma abordagem diferenciada para cada tipo de paciente. É sabido que os países anglo-saxónicos tendem a utilizar uma linguagem mais direta e mais aberta, mas nos países de cultura latina ou oriental, a comunicação é muito mais paternalista. Deve, portanto, o médico, adotar uma postura de comunicação flexível que atenda sobretudo às diferenças culturais, permitindo deste modo uma inclusão das particularidades de cada paciente.

A globalização e a conseqüente mobilização dos povos trouxeram consigo uma interculturalidade que apresenta enormes desafios para a comunicação do médico com os

seus pacientes. Esta realidade implica que os médicos, e a sociedade em geral, se vejam confrontados com uma enorme diversidade linguística e cultural, tendo que adotar estratégias para lhe fazer face, implicando a consciência da identidade do paciente.

Muitos dos preconceitos podem ter origem na não compreensão da linguagem, da cultura e das formas de interação, bem como o desconhecimento que pode gerar estereótipos.

Os sistemas de valores adquiridos ao longo da vida e inculcados por um estilo de formação, bem como a postura perante o mundo influenciam as perceções e criam muitas vezes estereótipos dos quais temos dificuldade em libertar-nos ao sermos confrontados com culturas e estilos de vida diferenciados que utilizam formas próprias de lidar com a doença que foram transmitidos pelas gerações anteriores, incluindo muitas vezes rituais e mutilações.

Muitas das dificuldades de comunicação evidenciadas pelos médicos, resultam de uma impreparação em termos de formação e também por falta de conhecimentos em termos culturais.

Por outro lado, também o analfabetismo e a língua falada pelo paciente, constituem uma barreira à comunicação, muitas vezes inultrapassável, pois o médico fica impossibilitado de cumprir toda a parte ética que inclui a explicação sobre a doença, medicação, exames, etc.

Atualmente, a questão da religião tornou-se um tema muito sensível, com os extremismos das diversas religiões a acentuar cada vez mais as práticas e rituais. O médico, homem ou mulher, pode enfrentar sérias dificuldades no desempenho das suas funções, ao ser confrontado com hábitos e práticas religiosas que impedem que realize devidamente o seu trabalho.

3. Metodologia

Optámos pelo método quantitativo de pesquisa e realizámos um estudo observacional transversal.

Assim, o estudo foi realizado por inquérito a 65 médicos que desempenham funções no SUMC do CHUCB.

Conduzimos desta forma o nosso estudo obedecendo aos princípios de uma pesquisa quantitativa, que no dizer de Fonseca "... *pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenómeno, as relações entre variáveis, etc.*".(23,24)

Segundo Silveira e Córdova e na opinião de Fonseca, este tipo de pesquisa "... *pode ser referida como sendo a obtenção de dados ou informações sobre as características ou as opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, utilizando um questionário como instrumento de pesquisa*"(23,24) e que o sigilo é mantido porque quem responde ao questionário por inquérito, não é identificável.

Durante a fase exploratória da nossa investigação, observamos os circuitos de comunicação de más notícias nos serviços onde pretendíamos realizar o estudo, para que nos fosse possível delimitar com clareza o problema da investigação e as condições logísticas para a aplicação dos inquéritos por questionário.

Construímos o nosso questionário com base num pré-existente já testado, mas introduzimos algumas alterações por forma a adequá-lo ao nosso estudo. Por tal motivo, considerámos relevante aplicar um questionário teste a 20 profissionais de saúde dos Serviço de Cirurgia, Serviço de Medicina Interna e Unidade de AVC do CHUCB, a fim de averiguar se a linguagem utilizada era adequada, de fácil entendimento e resposta pelos respondentes e com vista a identificar limitações do questionário e proceder ao seu aperfeiçoamento.

Pretendemos com este exercício identificar também se a prática de aplicação pessoal de administração do questionário, era adequada e por fim para nos certificarmos que a organização dos questionários preenchidos e devolvidos era a mais correta. Com este procedimento, foi possível determinar o prazo para o levantamento dos dados e concluir da facilidade de entendimento das questões visto que nenhum dos respondentes apresentou dúvidas ou dificuldades no preenchimento. Possibilitou-nos ainda este teste, uma maior confiança sobre o número de respostas na amostra por nós definida, uma vez que todos os questionários de teste distribuídos, foram devolvidos totalmente preenchidos. Atingimos

assim uma taxa de resposta ao questionário teste, de 100%, o que influenciou a nossa decisão de aumentar a amostra inicialmente definida de 30 para 65 inquiridos.

3.1. População e amostra

A amostra objeto da presente análise é composta por 65 participantes, médicos do SUMC do CHUCB, em que se investiga a preparação para a comunicação de más notícias e a forma como o fazem.

De acordo com o que é referido por Gil, sobre as leis estatísticas para este tipo de amostragem (25), os inquéritos foram aplicados a uma amostra de tipo probabilístico, previamente selecionada por aplicação da fórmula:

$$n = (Z^2 * (p) * (1-p)) / c^2$$

n = Tamanho da amostra

Z = Variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p = Proporção que esperamos encontrar

c = Intervalo de confiança

Neste cálculo foi definido um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% e obtivemos uma amostra de n=65 médicos e o mesmo foi realizado com uma aplicação informática³.

Na definição da amostra, tivemos em consideração o que nos ensina Fortin, sobre a população que, no seu dizer “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (26), bem como ao selecionarmos uma pequena parte dessa população, aplicados que foram os motivos de exclusão, esperamos que ela seja representativa da população que pretendemos estudar e não ignorar os princípios que conferem fundamentação científica a essa amostra.(25)

Para esta investigação, a população alvo da presente investigação foram todos os médicos, que exerciam funções à data da realização do estudo, no SUMC do CHUCB.

³<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Adotámos critérios de inclusão e exclusão para a constituição da amostra, nos seguintes termos:

- Profissionais de saúde a exercer funções no SUMC do CHUCB e que aceitassem participar voluntariamente no preenchimento do questionário aplicado.
- Excluímos da nossa investigação os profissionais de saúde que estavam ausentes do serviço por motivo de férias, doença e licenças variadas.

Assim, procurámos garantir a diversificação, a compreensão do facto que é objeto da nossa investigação e não priorizámos o aspeto numérico nem as generalizações, considerámos que 65 questionários a médicos, constitui um número considerado suficiente. O questionário com questões pertinentes para o nosso trabalho e que nos ajudaram a poder retirar conclusões e tecer recomendações finais, foi então aplicado.

Para tal, contactamos vários indivíduos médicos que desempenham funções na unidade de urgências, a fim de averiguar se estariam disponíveis para o preenchimento do inquérito, explicamos qual o tema que estamos a investigar e quais os objetivos. Informamos ainda sobre a garantia de sigilo acerca do nome ou outros dados que possam conduzir à identificação do entrevistado e esclarecemos sobre o CLIE.

Obtivemos a concordância para participação na nossa investigação de todos os contactados.

Assim, elegemos o inquérito como método preferencial e utilizamos como instrumento o questionário com utilização da escala de Likert.(27)

3.2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados preferencial por nós definido para a realização do estudo foi o inquérito por questionário, que se revelou ser o mais adequado, pois os respondentes manifestaram satisfação por poderem ter o questionário em seu poder e responder onde e quando lhes aprouvesse.

O questionário que utilizámos para os médicos e que nos permitiu obter respostas às questões deste estudo, foi adaptado de Seixo.(5) Após as alterações por nós inseridas, por julgadas convenientes, foi testado em 20 médicos das unidades de saúde do Serviço de Cirurgia, Serviço de Medicina Interna e Unidade de AVC do CHUCB.

O questionário foi posteriormente aplicado a 65 médicos que exercem funções no SUMC do CHUCB.

Os questionários que utilizamos, são compostos por uma parte de questões de respostas fechadas (1-18) com as quais se pretende entender o comportamento efetivo dos médicos na transmissão de más notícias e que utiliza a escala de Likert com 5 pontos.(27) Por uma questão de resposta aberta onde se pretende saber sobre a melhoria de condições para os familiares receberem uma má notícia, e por uma segunda parte de informação sociodemográfica, onde é recolhida informação relativa à idade, sexo, ano de término da Licenciatura e Mestrado Integrado, experiência profissional e tempo de exercício no atual serviço. (Ver Questionário utilizado no anexo 1).

3.3. Procedimentos de estatística

A análise dos dados foi feita com recurso ao *software* estatístico SPSS, versão 25. Considerou-se uma significância estatística de 5%.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva por forma a descrever os dados em análise (calculou-se a média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e a frequência absoluta e relativa para o caso das variáveis qualitativas).

A análise efetuada, vai ser apresentada em função das frequências e relacionámos a preparação dos médicos para transmitir más notícias com a formação académica e a formação profissional contínua.

Para cada dimensão procuramos validar as relações existentes entre as variáveis, através de testes estatísticos e recorreremos também à estatística descritiva no que se refere à média, mediana, mínimo e máximo.

Também foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. O estudo da correlação entre duas variáveis foi feito por recurso à determinação do coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman.

3.4. Procedimentos formais e éticos

Para a realização do estudo, tivemos em consideração e seguimos, a observância dos princípios éticos geralmente aceites pela comunidade científica, a saber: autorização da Comissão de Ética da UBI, autorização do Concelho de Administração do CHUCB e do Diretor de serviço do SUMC onde ia ser realizado o estudo, CLIE, confidencialidade, honestidade nas relações estabelecidas com os participantes, respeito e garantia dos direitos dos respondentes aos inquéritos utilizados nesta investigação. (Ver autorizações nos anexos 4 e 5).

Começamos por solicitar e obter autorizações para a utilização do questionário, que já se encontra validado por estudos anteriores. (Ver autorizações no anexo 2).

Seguidamente solicitámos e obtivemos autorização e parecer favorável da Comissão de Ética da Instituição. (Ver parecer da comissão de ética no anexo 3).

Por fim, nos termos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, foram realizados todos os requisitos.

Também solicitamos e obtivemos autorização dos responsáveis dos serviços onde foram aplicados os questionários de teste.

Aquando da entrega dos questionários aos respondentes, explicámos os objetivos do estudo e informámos sobre o direito de não participação, sem que por tal ato, viessem a sofrer qualquer tipo de consequências. (Ver CLIE no anexo 6).

4. Resultados

4.1. Dados Sociodemográficos

Participaram neste estudo 65 médicos do SUMC do CHUCB, com uma média de idades de 42,7 (DP=10,3, amplitude de idades: 25 - 64 anos), 28 do sexo feminino (43%) e 37 do sexo masculino (57%).

Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo e idade

| Variável | n | % |
|--------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 28 | 43 |
| Masculino | 37 | 57 |
| Total | 65 | 100,0 |
| Idade | | |
| < 30 | 12 | 18,5 |
| 30-40 anos | 15 | 23,1 |
| 41-50 anos | 21 | 32,3 |
| 51-60 anos | 15 | 23,1 |
| >60 | 2 | 3,0 |
| Total | 65 | 100,0 |

Na tabela seguinte (Tabela 2), apresentamos informação referente ao ano de conclusão do curso, tempo de serviço e tempo de serviço no SUMC.

Tabela 2- Ano de conclusão do curso, tempo total de serviço e tempo de serviço no SMUC

| Variável | N | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Ano de conclusão do curso | | |
| < 1990 | 5 | 7,7 |
| 1990-1999 | 18 | 29,6 |
| 2000-2009 | 18 | 27,6 |
| > 2009 | 24 | 37,0 |
| Total | 65 | 100,0 |
| Tempo total de serviço | | |
| < 10 anos | 25 | 38,5 |
| 10-19 anos | 17 | 26,0 |
| 20-29 anos | 18 | 28,0 |
| > 29 anos | 5 | 7,7 |

| Total | 65 | 100,0 |
|--------------------------|----|-------|
| Tempo de serviço no SMUC | | |
| < 15 | 28 | 43,0 |
| 5-9 anos | 15 | 23,0 |
| 10-19anos | 22 | 34,0 |
| > 19 anos | 0 | 0,0 |
| Total | 65 | 100,0 |

A maioria dos participantes (24; 37%) terminou o curso depois de 2009.

Em termos de tempo total de serviço, a maioria tem menos de 10 anos (25; 38,5%) e a média é de 14,3 anos.

A maioria dos participantes conta menos de 15 anos de tempo médio nas urgências (28; 48%), sendo o valor da média de serviço no SMUC de 6,8 anos.

Trata-se, pois, de uma população com uma experiência profissional na área das urgências bastante assinalável.

4.2. Preparação para a comunicação de más notícias por género e idade

Seguidamente apresentamos os resultados sobre a perceção dos médicos se sentirem preparados ou não para a transmissão de más notícias.

Tabela 3 - Preparação para a comunicação de más notícias

| Categorias | | |
|------------|----|-------|
| | n | % |
| Sim | 49 | 75,4 |
| Não | 16 | 24,6 |
| Total | 65 | 100,0 |

Os resultados obtidos revelam que (49; 75,4%) dos inquiridos sentem-se preparados para a comunicação de más notícias, enquanto os restantes (16; 24,6%) não se sentem preparados.

Tabela 4 - Preparação para a comunicação de más notícias, por género

| Categorias | Sim | | Não | | Total | |
|------------|----------|------|----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Feminino | 22 | 45,0 | 6 | 38,0 | 28 | 43,0 |
| Masculino | 27 | 55,0 | 10 | 63,0 | 37 | 57,0 |
| Total | 49 | 75,4 | 16 | 24,6 | 65 | 100,0 |

A percentagem de mulheres que se sente preparada para a comunicação de más notícias é inferior à dos homens (45% contra 55%).

Tabela 5 - Preparação para a comunicação de más notícias por idade

| Categorias | Preparação para a comunicação de más notícias | | | | | |
|------------|---|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Sim | | Não | | Total | |
| Idade | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| < 30 | 3 | 6,1 | 5 | 31,3 | 8 | 12,3 |
| 30-40 anos | 17 | 34,7 | 2 | 12,5 | 19 | 29,2 |
| 41-50 anos | 12 | 24,5 | 9 | 56,2 | 21 | 32,4 |
| 51-60 anos | 15 | 30,6 | 0 | 0,0 | 15 | 23,0 |
| >60 | 2 | 4,1 | 0 | 0,0 | 2 | 3,1 |
| Total | 49 | 100,0 | 16 | 100,0 | 65 | 100,0 |

Em relação à idade dos respondentes, quando relacionada com a preparação para a comunicação de más notícias, os resultados revelam que, a maioria que se sente preparada (17; 34,7%) pertence ao intervalo de idades [30;40] enquanto que a maioria (9; 56,2%) que não se sente preparado pertence ao intervalo de idades [41;50] e no cômputo geral é também neste intervalo que se situa a maioria (21; 32,4%) dos inquiridos.

4.3. Evitar transmitir uma má notícia

A tabela seguinte resume os resultados obtidos sobre se os médicos inquiridos evitam transmitir uma má notícia.

Tabela 6 - Evitar transmitir uma má notícia

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|------------|----------|-----|-----------|-----|----------|-----|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Sempre | 0 | 0,0 | 2 | 5,0 | 2 | 3,0 |

| | | | | | | |
|----------------------|----|------|----|------|----|-------|
| Na maioria das vezes | 1 | 4,0 | 2 | 5,0 | 3 | 5,0 |
| Algumas vezes | 6 | 21,0 | 13 | 35,0 | 19 | 29,0 |
| Poucas vezes | 13 | 46,0 | 3 | 8,0 | 16 | 25,0 |
| Nunca | 8 | 29,0 | 17 | 46,0 | 25 | 38,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

O resultado da análise das respostas apresentadas na tabela supra, revela que a maioria (25; 38%) nunca evita transmitir uma má notícia, alguns (19; 29%) evitam algumas vezes ou evitam poucas vezes (16; 25%), enquanto os restantes (5; 8%) evitam sempre ou na maioria das vezes.

Na tabela 6, podemos observar que as respostas à pergunta nº2 do questionário (*“Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias?”*), revelam que (40; 61,5%) dos inquiridos teve formação académica sobre a comunicação de más notícias.

Tabela 7 - Formação académica específica sobre o processo de comunicação de más notícias

| Categorias | Sim | | Não | | Total | |
|------------|-----|------|-----|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Feminino | 18 | 45,0 | 19 | 76,0 | 37 | 43,0 |
| Masculino | 22 | 55,0 | 6 | 24,0 | 28 | 57,0 |
| Total | 40 | 61,5 | 25 | 38,5 | 65 | 100,0 |

Os inquiridos responderam afirmativamente em 62% dos casos.

Apesar da maioria das mulheres inquiridas (19; 76%) não ter recebido formação específica durante o seu percurso académico, sobre comunicação de más notícias, no cômputo geral elas ficam apenas a uma diferença de 10% em relação aos homens (55%).

Tabela 8 - Formação profissional contínua sobre a comunicação de más notícias

| Categorias | Sim | | Não | | Total | |
|------------|-----|------|-----|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Feminino | 8 | 33,0 | 20 | 49,0 | 28 | 43,0 |
| Masculino | 16 | 67,0 | 21 | 51,0 | 37 | 57,0 |
| Total | 24 | 36,9 | 41 | 63,1 | 65 | 100,0 |

A maior parte dos nossos respondentes (41; 63,1%) não tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias, ao longo da sua carreira profissional.

4.4. Relação entre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico

Na tabela 6, podemos avaliar a correlação entre a preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico que os médicos receberam durante a formação universitária. Através da análise efetuada, observamos a existência de correlações estatisticamente significativas entre todas as variáveis ($p < 0,001$)

Tabela 9 - Relação entre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico

| | | Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias? | | | |
|--|---------------------|--|-------------------|-------|-------|
| | | Não | Sim | Total | |
| Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias? | Não | n | 13 | 3 | 16 |
| | | % | 81,3 | 18,8 | 100,0 |
| | | % do Total | 52,0 | 7,5 | 24,6 |
| | Sim | n | 12 | 37 | 49 |
| | | % | 24,5 | 75,5 | 100,0 |
| | | % do Total | 48,0 | 92,5 | 75,4 |
| | Total | n | 25 | 40 | 65 |
| | | % | 38,5 | 61,5 | 100,0 |
| | | | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | % do Total | 38,5 | 61,5 | 100,0 | |
| Qui-quadrado de Pearson | 16,418 ^a | 1 | Valor de P - ,000 | | |

Do cruzamento das variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico, obtivemos um valor de $p < 0,05$ o que significa que existe uma relação significativa positiva entre as duas variáveis - a formação académica específica relaciona-se com a preparação para a comunicação de más notícias.

4.5. Relação entre a preparação para a comunicação de más notícias e formação contínua

Na tabela 7 podemos observar a análise realizada entre a preparação para a comunicação de más notícias e formação profissional contínua. Verificamos que os participantes que fizeram formação contínua dividem-se, metade sentem-se preparados para comunicar más notícias e a outra metade não.

Entre os que não fizeram formação contínua, a maioria sente-se preparado. As diferenças são significativas.

Tabela 10 - Relação entre as variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação profissional contínua

| | | P4 Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área de comunicação de más notícias? | | | | |
|---|-------|---|------------|-------|-------|------|
| | | | Não | Sim | Total | |
| P1 Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias? | Não | n | 4 | 12 | 16 | |
| | | % em P1 | 25,0 | 75,0 | 100,0 | |
| | | % em P4 | 9,80 | 50,0 | 24,6 | |
| | | | % do Total | 6,20 | 18,5 | 24,6 |
| | Sim | n | 37 | 12 | 49 | |
| | | % em P1 | 75,5 | 24,5 | 100,0 | |
| | | % em P4 | 90,2 | 50,0 | 75,4 | |
| | | % do Total | 56,9 | 18,5 | 75,4 | |
| | Total | n | 41 | 24 | 65 | |
| % em P1 | | 63,10 | 36,9 | 100,0 | | |
| % em P4 | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | | |
| % do Total | | 63,1 | 36,9 | 100,0 | | |

Pela análise dos dados da tabela supra, verificamos que os respondentes que referem não ter feito formação contínua (37; 56,9%), sentem-se preparados para a transmissão de más notícias e apenas (12; 18,5%) fizeram formação contínua e sentem-se preparados.

Combinando este resultado com o resultado obtido do cruzamento das variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso

académico, a conclusão será que, é mais importante e eficaz fazer formação pré-graduada (na Universidade) do que formação contínua, a qual pode também ser validada pelo valor moderado e negativo da correlação de Pearson, conforme se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 11 - Relação entre as variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico

| | | P2 | | | Total | |
|--|-----|--|------------|-------|-------|------|
| | | Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias? | | | | |
| | | | Não | Sim | | |
| P1 Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias? | Não | n | 13 | 3 | 16 | |
| | | % em P1 | 81,3 | 18,8 | 100,0 | |
| | | % em P2 | 52,0 | 7,5 | 24,6 | |
| | | | % do Total | 20,0 | 4,6 | 24,6 |
| | Sim | Contagem | 12 | 37 | 49 | |
| | | % em P1 | 24,5 | 75,5 | 100,0 | |
| | | % em P2 | 48,0 | 92,5 | 75,4 | |
| | | % do Total | 18,5 | 56,9 | 75,4 | |
| | | | Contagem | 25 | 40 | 65 |
| | | % em P1 | 38,5 | 61,5 | 100,0 | |
| | | % em P2 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | |
| | | % do Total | 38,5 | 61,5 | 100,0 | |

Tabela 12 - Testes qui-quadrado

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|---------------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 16,418 ^a | 1 | Valor de P - ,000 |

Do cruzamento das variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico, ressalta a conclusão que os participantes que fizeram formação durante o percurso académico sentem-se melhor preparados para comunicar más notícias. Obtivemos um valor de $p < 0,05$ o que significa que existe uma relação significativa entre as duas variáveis. Rejeitamos assim a hipótese H_0 : Não existe qualquer relação entre as variáveis. Conclui-se ainda que a maioria dos médicos que não se sentem preparados para a transmissão de más notícias, não tiveram formação nesta área (81,3%).

Tabela 13 - Medidas Simétricas do cruzamento das variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico

| | | Valor | Erro Padrão Assintótico ^a | T Aproximado. ^b | Significância Aproximada |
|-------------------------|------------------------|-------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Intervalo por Intervalo | R de Pearson | -,451 | ,115 | -4,009 | ,000 ^c |
| Ordinal por Ordinal | Correlação Spearman | -,451 | ,115 | -4,009 | ,000 ^c |
| N de Casos Válidos | | 65 | | | |

a. Não considerando a hipótese nula.
b. Uso de erro padrão assintótico considerando a hipótese nula.
c. Com base em aproximação normal.

4.6. Práticas de comunicação de más notícias

A preparação antecipada de uma estratégia para a transmissão de uma má notícia, é um procedimento indicado na maioria dos protocolos sobre a transmissão de más notícias. Questionados sobre se o costumam fazer, os nossos inquiridos responderam de acordo com os dados apresentados na tabela seguinte.

Tabela 14 - Preparação antecipada de estratégia para a transmissão de uma má notícia, por género

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Sempre | 2 | 7,0 | 9 | 24,0 | 11 | 17,0 |
| Na maioria das vezes | 16 | 57,0 | 2 | 5,0 | 18 | 28,0 |
| Algumas vezes | 8 | 29,0 | 22 | 59,0 | 30 | 46,0 |
| Poucas vezes | 2 | 7,0 | 3 | 8,0 | 5 | 8,0 |
| Nunca | 0 | 0,0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

Como se pode verificar pela visualização da tabela supra, (30; 46%) dos inquiridos, só algumas vezes preparam algum tipo de estratégia antecipadamente, quando têm que transmitir uma má notícia, (18; 28%) fazem-no na maioria das vezes em que têm que transmitir uma má notícia e (11; 17%) fazem-no sempre.

Tabela 15 - Preparação de um ambiente privativo, seguro e confortável, para a transmissão de uma má notícia, por género

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Sempre | 8 | 29,0 | 16 | 43,0 | 24 | 37,0 |
| Na maioria das vezes | 16 | 57,0 | 11 | 30,0 | 27 | 42,0 |
| Algumas vezes | 2 | 7,0 | 10 | 27,0 | 12 | 18,0 |
| Poucas vezes | 1 | 4,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 |
| Nunca | 1 | 4,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

A resposta a esta questão, ilustrada na tabela acima, elucida-nos que (27; 42%) dos médicos inquiridos, na maioria das vezes, procuram criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando têm de comunicar uma má notícia. Da nossa amostra (24; 37%) afirmam que o fazem sempre.

Tabela 16 - Perceção dos médicos, sobre se os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia, por género

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Sempre | 11 | 39,0 | 13 | 35,0 | 24 | 37,0 |
| Na maioria das vezes | 13 | 46,0 | 21 | 57,0 | 34 | 52,0 |
| Algumas vezes | 4 | 14,0 | 2 | 5,0 | 6 | 9,0 |
| Poucas vezes | 0 | 0,0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,0 |
| Nunca | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

Questionados sobre se no exercício da profissão que exercem, verificam que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia, (34; 52%) dos inquiridos

responderam que na maioria das vezes sim, (24; 37%) responderam que tal sempre se verifica, enquanto (6; 9%) dizem que apenas algumas vezes se verifica.

Tabela 17 - Utilização de linguagem perceptível na comunicação de más notícias

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|------|-----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Sempre | 6 | 21,0 | 5 | 14,0 | 11 | 17,0 |
| Na maioria das vezes | 18 | 64,0 | 21 | 57,0 | 39 | 60,0 |
| Algumas vezes | 4 | 14,0 | 11 | 30,0 | 15 | 23,0 |
| Poucas vezes | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Nunca | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

As respostas a esta questão, são bem elucidativas que na maioria das vezes (39; 60%), os médicos inquiridos, quando têm de comunicar uma má notícia procuram usar uma linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido. Dos inquiridos, (11; 17%) admitem fazê-lo sempre e (15; 23%), apenas algumas vezes.

Tabela 18 - Respostas e esclarecimentos dos médicos aos familiares, após a comunicação de uma má notícia, por género

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|------|-----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Sempre | 11 | 39,0 | 20 | 54,0 | 31 | 48,0 |
| Na maioria das vezes | 13 | 46,0 | 2 | 5,0 | 15 | 23,0 |
| Algumas vezes | 1 | 4,0 | 13 | 35,0 | 14 | 22,0 |
| poucas vezes | 2 | 7,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,0 |
| Nunca | 1 | 4,0 | 2 | 5,0 | 3 | 5,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

Os médicos por nós inquiridos, referem na grande maioria (31; 48%) que, após a comunicação de uma notícia procuram sempre responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas

dando tempo ao familiar de assimilar tudo o que foi transmitido. Da nossa amostra de investigação, (15; 23%) dizem fazê-lo na maioria das vezes e (14; 21%) algumas vezes.

Tabela 19 - Prioridade na transmissão de más notícias

| Categorias | Total | |
|------------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % |
| Doente | 38 | 58,4 |
| Familiar | 14 | 21,5 |
| Os dois | 13 | 20,0 |
| Total | 65 | 100,0 |

As respostas dos inquiridos, revelam que (33; 58%) escolhem o doente, em primeiro lugar, para comunicar uma má notícia (14,22%) preferem falar primeiro com um familiar do doente e apenas (13; 20%) comunicam ao doente e ao familiar em simultâneo.

4.7. Sentimentos

Tabela 20 - Nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia

| Categorias | Total | |
|----------------------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % |
| Bastante confortável | 13 | 20,0 |
| Confortável | 29 | 44,6 |
| Pouco confortável | 22 | 33,8 |
| Desconfortável | 1 | 1,5 |
| Total | 65 | 100,0 |

Os médicos inquiridos, responderam na sua maioria (29; 45%) sentir-se confortáveis face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia, (22; 34%) afirmam

sentir-se pouco confortáveis e (13; 20%) sente-se bastante confortável. Apenas (1; 1,5 %) dos respondentes disse sentir-se desconfortável.

Tabela 21 - Manutenção de uma relação próxima com o doente

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|------|-----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Sempre | 4 | 14,0 | 8 | 22,0 | 12 | 18,0 |
| Na maioria das vezes | 18 | 64,0 | 4 | 11,0 | 22 | 34,0 |
| Algumas vezes | 3 | 11,0 | 14 | 38,0 | 17 | 26,0 |
| Poucas vezes | 3 | 11,0 | 11 | 30,0 | 14 | 22,0 |
| Nunca | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

A minoria dos respondentes (12; 18%) referem que mantêm sempre uma relação próxima com o paciente, enquanto que (22; 34%) referem fazê-lo na maioria das vezes, (17; 26%) fazem-no algumas vezes e (14; 22%) poucas vezes.

Tabela 22 - Vocação para a transmissão de más notícias

| Categorias | Total | |
|------------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % |
| Sim | 18 | 27,6 |
| Não | 47 | 72,3 |
| Total | 65 | 100,0 |

O nosso estudo revelou que (18; 28%) dos médicos inquiridos, acreditam que a tarefa de transmitir uma má notícia é uma vocação que nasce com a pessoa, contudo, (47; 72%) afirmam que não.

Tabela 23 - Transmissão de toda a verdade sobre o conteúdo da má notícia

| Categorias | Sim | | Não | | Total | |
|------------|----------|------|----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Feminino | 5 | 22,0 | 23 | 55,0 | 28 | 43,0 |
| Masculino | 18 | 78,0 | 19 | 45,0 | 37 | 57,0 |
| Total | 23 | 43,0 | 42 | 57,0 | 65 | 100,0 |

As respostas obtidas a esta questão, revelam que (23; 43%) dos médicos inquiridos contam toda verdade sobre o conteúdo da notícia a transmitir, apesar de saberem que o estado físico e emocional do doente pode piorar, mas a maioria (42; 57%) não o faz.

4.8. Protocolos para comunicação de más notícias

Tabela 24 - Utilização de protocolos de comunicação de más notícias

| Categorias | Feminino | | Masculino | | Total | |
|-------------|----------|------|-----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Muito úteis | 23 | 82,0 | 17 | 46,0 | 40 | 62,0 |
| Úteis | 3 | 11,0 | 19 | 51,0 | 22 | 34,0 |
| Pouco úteis | 2 | 7,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,0 |
| Nada úteis | 0 | 0,0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,0 |
| Total | 28 | 43,0 | 37 | 57,0 | 65 | 100,0 |

Em relação à pergunta n.º 19 do nosso questionário, a maioria dos respondentes (40; 62%) considera que a utilização de protocolos de comunicação de más notícias é muito útil, enquanto (22; 34%) considera que são úteis. Apenas (2; 3%) consideram que os protocolos são pouco úteis e (1; 2%) refere que não são úteis.

4.9. Investimento em formação contínua

Na tabela seguinte podemos observar os resultados sobre a necessidade de mais programas de formação contínua, orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias.

Tabela 25 - Necessidade de mais programas de formação contínua, orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias

| Categorias | Sim | | Não | | Total | |
|------------|----------|------|----------|------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Feminino | 26 | 45,0 | 2 | 29,0 | 28 | 43,0 |
| Masculino | 32 | 55,0 | 5 | 71,0 | 37 | 57,0 |
| Total | 58 | 89,2 | 7 | 10,8 | 65 | 100,0 |

Os resultados obtidos evidenciam que (58; 89,2%) dos inquiridos consideram que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua e apenas (7; 10,8%) referem que não.

4.10. Melhorias nas condições para a transmissão de más notícias

Na pergunta aberta do nosso questionário, com o número 19, perguntámos aos inquiridos *"Do seu ponto de vista o que poderia/deveria melhorar em termos de condições dadas aos familiares de pacientes internados neste serviço, para receberem uma má notícia?"*.

A tabela seguinte resume os resultados obtidos em resposta à questão sobre sugestões de melhoria das condições para a comunicação de más notícias.

Tabela 26 - Sugestões de melhoria das condições para a comunicação das más notícias

| Categorias | Total | |
|------------------------|----------|-------|
| | <i>n</i> | % |
| Privacidade | 4 | 6,1 |
| Formação | 4 | 6,1 |
| Gestão do tempo | 1 | 1,5 |
| Apoio psicológico | 3 | 4,6 |
| Melhorar a comunicação | 1 | 1,5 |
| Sem comentários | 52 | 80,0 |
| Total | 65 | 100,0 |

A maioria dos resultados (52; 80%), relacionados com a melhoria das condições para a comunicação de más notícias, é referente ao grupo de questionados que nada têm a referir. Contudo, (8; 12%) dos inquiridos referem que poderia haver melhorias na privacidade e na formação (3; 4,6%) afirma ser necessário mais apoio psicológico e (1; 1,5%) afirma que é necessário melhorar a comunicação.

5. Discussão

5.1. Discussão dos resultados

Com a realização deste trabalho, foi-nos permitido verificar a quase inexistência de bibliografia relacionada ao tema em estudo, mais concretamente, sobre comunicação de más notícias num contexto de serviço de urgência, contudo, a maior parte dos resultados obtidos com o nosso estudo vão de encontro aos resultados de outras investigações realizadas sobre o tema em análise.

Como por diversas vezes referimos neste trabalho, a necessidade de transmitir uma má notícia perturba os médicos em termos psicológicos, pois comunicar uma má notícia é considerada uma tarefa de difícil realização e que pode originar sentimentos controversos de angústia, insegurança, ansiedade e alterações profundas na vida diária do paciente e dos seus familiares.

Por estas razões os médicos recorrem ao uso de protocolos para a transmissão de más notícias e suportam-se na aprendizagem da formação académica e profissional.

Alguns dos estudos que analisámos, referem que a forma como a má notícia é transmitida, é um fator determinante para a sua melhor aceitação. Para tal concorre não só a formação académica e profissional, mas também o trabalho de toda a equipa de profissionais de saúde.

As conclusões a que chegámos, são as que a seguir apresentamos:

Participaram no estudo 65 médicos que desempenham funções no SUMS do CHUCB, com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos. A amostra é composta por (28; 43%) profissionais do sexo feminino e (37; 57%) do sexo masculino.

Os resultados obtidos revelam-nos que a maioria das mulheres inquiridas (39%), terminou o curso após 2009 e que 58% dos inquiridos do sexo feminino terminaram o curso entre 1990 e 2009. No que respeita ao sexo masculino, igualmente a maioria dos inquiridos (37%), terminaram o curso após 2009 e que 56% terminaram o curso entre 1990 e 2009. Estamos perante uma amostra equilibrada em termos de ano de conclusão do curso.

» Hipótese 1: A preparação para a comunicação de más notícias está relacionada com a formação académica e profissional

O nosso estudo revelou que a maioria (75,4%) dos inquiridos sentem-se preparados para a comunicação de más notícias e 61,5% relacionam este facto com a preparação académica.

A prática clínica assume uma particular importância, uma vez que a totalidade dos inquiridos responde afirmativamente à partilha de experiências e de informações.

Diversos autores referem a importância da preparação académica para a transmissão de más notícias, capacitando assim os médicos para a transmissão de más notícias de uma forma mais confiante e o nosso estudo revela que a maioria (61,5%) dos inquiridos teve formação académica sobre a comunicação de más notícias.

(63%) dos respondentes não têm feito formação contínua na área da comunicação de más notícias, ao longo da sua carreira profissional, o que pode ser justificado pelo facto da maior parte dos respondentes se situar nos intervalos de idades [30;40] e no intervalo de tempo de serviço de [<5 ;9].

Os participantes que fizeram formação contínua dividem-se - metade sentem-se preparados para comunicar más notícias e a outra metade não.

Entre os que não fizeram formação contínua, a maioria sente-se preparado. Sugere que os mais inseguros procuram formação e ainda assim continuam inseguros. Os que estão seguros não procuram formação.

Do mesmo modo, Gonçalves, aborda a importância da formação contínua dos médicos por forma a aumentar a eficácia da comunicação. (28)

Por tudo o que acima apresentámos, os resultados que obtivemos vão de encontro ao que é referido por Brown et al., sobre que a formação aumenta a confiança dos médicos para a transmissão de más notícias. (29)

Ressalta ainda a conclusão que os participantes que fizeram formação durante o percurso académico sentem-se melhor preparados para comunicar más notícias. Rejeitamos assim a hipótese H_0 : Não existe qualquer relação entre as variáveis. Conclui-se ainda que a maioria dos médicos que não se sentem preparados para a transmissão de más notícias, não tiveram formação nesta área (81,3%).

Lotra, refere na sua obra, a importância de os profissionais de saúde desenvolverem habilidades e competências comunicacionais, de forma continuada, após o percurso académico. (30)

O nosso estudo revelou que do cruzamento das variáveis sobre preparação para a comunicação de más notícias e formação específica durante o percurso académico, obtivemos um valor de $p < 0,05$ o que significa que existe uma relação significativa entre as duas variáveis.

Deste cruzamento de variáveis, verificamos que da preparação académica, resulta o facto dos médicos se sentirem à vontade para a comunicação de más notícias. De facto, a análise da questão 7 dos resultados sobre evitar transmitir uma má notícia, quando cruzados com as respostas sobre preparação para a comunicação de más notícias, permite concluir que 87,5% só algumas vezes se sente inibida em comunicar más notícias, sendo residuais as respostas em que existe um obstáculo sério a essa comunicação. Em contrapartida, 92% dos inquiridos afirma que nunca procura evitar transmitir más notícias, e que 93,8% só algumas vezes se sente inibida em comunicar má notícias, o que reforça a percepção do seu grau de preparação.

Aqui, o teste do qui-quadrado revelou um valor de $p = ,015$ o que permite concluir que existe uma associação significativa da preparação académica para transmitir más notícias, com o evitar transmitir uma má notícia, já que $p \leq 0,05$.

Do cruzamento dos resultados sobre evitar transmitir uma má notícia e formação contínua, parece, contudo, poder concluir-se que existe uma relação entre a facilidade de comunicação de más notícias e a formação profissional contínua. Por exemplo, 50% dos que evitam sempre transmitir uma má notícia corresponde a 4,2% dos que relevam a importância da formação profissional. Do mesmo modo, 4% dos que nunca evitam transmitir uma má notícia correspondem a 4,2% dos que relevam a importância da formação profissional. Daqui se destaca, uma vez mais, a importância dada à formação académica em detrimento da formação profissional quanto à qualificação dos profissionais.

Verifica-se pelos resultados que obtivemos com o nosso estudo que a maioria (38%) dos inquiridos nunca evita transmitir uma má notícia, (19, 29%) evitam algumas vezes, (16, 25%) evitam poucas vezes enquanto os restantes (5, 8%) evitam sempre ou na maioria das vezes. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de os médicos estarem na sua maioria preparados por terem recebido formação específica durante o percurso académico e posteriormente formação profissional contínua, para a transmissão de más notícias.

É neste sentido que 71% dos inquiridos do sexo masculino consideram que não existe necessidade de mais programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias, enquanto que 45% das inquiridas referem que existe essa necessidade, o que contraria Leal, quando este refere que "dar uma má notícia requer perícia, muito treino e tato, características que se adquirem ao longo da vida e que trazem benefícios a todos os envolvidos no processo comunicacional". (31)

» Hipótese 2: A comunicação de más notícias requer um ambiente específico e trabalho de equipa

O nosso estudo revelou que 46% dos inquiridos, só algumas vezes preparam algum tipo de estratégia antecipadamente, quando têm que transmitir uma má notícia e que 42% dos médicos inquiridos, na maioria das vezes, procuram criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando têm de comunicar uma má notícia.

Buckman, refere que a comunicação de más notícias deve ser dada pessoalmente e num local próprio onde exista privacidade.(6)

A maioria dos inquiridos (80%) assinalam que nada têm a referir, sobre as condições físicas existentes no SUMC para a comunicação de más notícias, pelo que podemos daqui concluir que as condições dadas aos familiares de pacientes internados no SUMC para receberem uma má notícia, são suficientes e adequadas. Contudo, 6,2% dos respondentes afirmam que é necessária mais privacidade em salas confortáveis.

Pereira, refere que a má notícia deve ser dada de forma clara e adaptada às características de cada doente.(32)

Outros estudos realizados revelam que a maioria dos doentes e dos seus familiares preferem saber toda a verdade relacionada com o estado de saúde e a forma como isso for feito vai ter influência na aceitação da sua condição médica. O trabalho de toda a equipa de profissionais é crucial para a eficácia da comunicação.

» Hipótese 3: Os aspetos sentimentais influenciam a comunicação de más notícias

Alguns estudos têm revelado uma perceção de mal-estar que o médico sente quando tem que comunicar uma má notícia.

O nosso estudo revela que na sua maioria (45%) os inquiridos sentem-se confortáveis face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia, (22, 34%) afirmam sentir-se pouco confortáveis e (13, 20%) sentem-se bastante confortáveis. Apenas (1, 1,5 %) dos respondentes disse sentir-se desconfortável.

Conseguimos perceber também, que existe uma relação positiva entre a facilidade de comunicação de más notícias e a formação profissional contínua.

Na maioria das vezes (60%), os médicos inquiridos, quando têm de comunicar uma má notícia procuram usar uma linguagem perceptível.

A maioria dos médicos (48%) que participaram no estudo, referem que, após a comunicação de uma notícia procuram sempre responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao familiar de assimilar tudo o que foi transmitido.

Quanto à questão da transmissão de uma má notícia ser uma vocação que nasce com a pessoa, a maioria (72%) afirmam que não.

A maioria (65%) dos médicos inquiridos contam toda verdade sobre o conteúdo da notícia a transmitir, apesar de saberem que o estado físico e emocional do doente pode piorar. A literatura analisada informa-nos que o paciente tem direito a ser informado sobre todos os aspetos relacionados com a sua doença.

» Hipótese 4: O uso de protocolos é útil

No que respeita à opinião acerca da utilização de protocolos de comunicação de más notícias, a maioria (62%) dos nossos inquiridos considera que a utilização de protocolos é muito útil. Os resultados que obtivemos reforçam o que referem Lino et al, Ignacio et al, Araújo et al, citados no Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência, referem que o conhecimento de protocolos permite modificar atitudes, agir de forma mais responsável e segura, transmitindo aos profissionais de saúde maior capacidade e menor dificuldade nesta área.(6)

Parece ser unânime entre os especialistas na matéria que os protocolos são um instrumento fundamental para prática de formação de habilidades de comunicação profissional. É nesse sentido que o protocolo SPIKES, que tivemos oportunidade de analisar no nosso trabalho, se apresenta como um instrumento de ajuda e preparação para a transmissão de más notícias.

Da pergunta aberta do nosso estudo conseguimos perceber que (6,2%) de respondentes refere que a formação na área de comunicação de más notícias, deveria melhorar por forma a que os médicos possam estar mais preparados.

Também a necessidade de mais apoio psicológico é referida é referida por 4,62% dos respondentes.

A gestão do tempo, por forma a dispensar ao doente ou aos seus familiares o tempo que necessitem para lidar com a comunicação de uma má notícia, constitui uma preocupação para 1,54% dos inquiridos.

Foi igualmente feita referência, por 1,54% dos respondentes, à melhoria da comunicação médico-paciente.

Por fim, apenas 12% dos inquiridos referem que poderia haver melhorias nas condições de privacidade e na formação contínua e 5% afirma ser necessário mais apoio psicológico.

Realçamos a importância sentida pelos respondentes, no que diz respeito à formação académica em comunicação de más notícias.

Esta preparação irá qualificar os médicos para uma melhor compreensão das diferenças culturais e de linguagem, bem como familiarizá-los com novos métodos e protocolos de comunicação.

Mais e melhor preparação dos médicos para comunicar más notícias vai ajudá-los a reduzir o stress e ansiedade que esse momento provoca e vai beneficiar o paciente e os seus familiares, uma vez que estes se sentirão muito mais confiantes.

Realçamos também que a maior parte dos respondentes sente que as condições para a transmissão de más notícias ao paciente e/ou aos seus familiares, no SUMC do CHUCB, são suficientes e adequadas.

O nosso estudo revelou ainda algumas falhas no que respeita à formação profissional contínua.

O desenvolvimento das habilidades de comunicação deve ser uma prioridade de aperfeiçoamento em cada um dos profissionais de saúde, como aliás viemos a referir ao longo de todo o nosso estudo.

5.2. Limitações do estudo e pontos fortes

Uma das principais limitações com que nos defrontámos, foi a questão do tempo de que dispúnhamos para a realização da nossa investigação.

Havíamos definido uma amostra inicial, limitada, mas que nos pareceu adequada, sobretudo por ser a possível, numa unidade hospitalar de cuidados intensivos. Contudo, após a aplicação

dos questionários de teste, verificámos não ser possível realizar o estudo nessa unidade hospitalar, devido a que o número de médicos que aí exercem funções ser apenas de 5, pelo que, a nossa investigação não seria significativa em termos estatísticos. Nestes termos, e após a aplicação dos questionários teste, decidimos efetuar o estudo no SUMC, onde exercem funções 91 médicos, o que veio minimizar o problema de uma amostra reduzida.

Contrariamente ao tema de comunicação de más notícias em cuidados paliativos, a ainda limitada bibliografia sobre o nosso tema de estudo, mais concretamente no caso das urgências, constituiu também um obstáculo que superámos, mas que importa aqui referir.

Como ponto forte, podemos referir que o nosso estudo foi efetuado sobre um tema muito relevante, cuja investigação em Portugal é escassa.

5.3. Perspetivas Futuras

O nosso estudo envolveu, 65 médicos do SUMC do CHUCB.

Com a realização deste estudo, conseguimos aperceber-nos da quase inexistência de literatura sobre a comunicação de más notícias, o que indicia que são necessários mais estudos sobre o tema.

Parece-nos pertinente que as unidades hospitalares desenvolvam planos de formação sobre a comunicação de más notícias, que envolvam toda a equipa de profissionais de saúde.

Planeamos determinar de forma empírica aprofundada, num estudo de doutoramento, as vertentes relacionadas com os restantes profissionais de saúde e incluir também a visão dos familiares dos pacientes, sobre a comunicação de más notícias, bem como estender o estudo a mais duas unidades hospitalares, a saber: unidade de cuidados intensivos e unidade de cuidados paliativos no Fundão.

Aquando da aplicação dos questionários de teste, verificámos um grande interesse e vontade de colaboração por parte dos diretores dos serviços que se mostraram empenhados em participar em estudos futuros.

Bibliografia

1. Foro Iberoamericano de Entidades Médicas. Carta Iberoamericana de etica medica. Ponta Delgada: FIEM; 2013.
2. Díaz LJT. La familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (UCI). Escuela de Medicina y Ciencias de la salud, Universidad del Rosario; 2014.
3. Borges DRO. A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2015.
4. Reynolds M. No news is bad news: patients' views about communication in hospital. *BMJ* [Internet]. 1978 Jun 24;1(6128):1673-6. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.1.6128.1673>
5. Seixo CSPP. Transmissão de más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança; 2015.
6. Galvão A, Valfreixo M, Esteves M. Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura. In: Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional [Internet]. 2015. p. 247-62. Available from: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12903/1/PROCESSO COMUNICACIONAL NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12903/1/PROCESSO%20COMUNICACIONAL%20NA%20TRANSMISSÃO%20DE%20MÁS%20NOTÍCIAS.pdf)
7. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Toronto: University of Toronto Press; 1992.
8. Antunes NL. Sinto muito: confissões de um médico. Lisboa: Verso de Kapa; 2008.
9. Ribeiro RAR. A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro. [Lisboa]: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2013.
10. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* [Internet]. 2000;5(4):302-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964998>
11. Pereira AT, Fortes IF, Mendes JM. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *J Nurs*. 2013;7(1):227-35.
12. Wright SM. Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: introducing the PATIENT protocol. *AANA J* [Internet]. 2013;81(3):225-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23923675>
13. Araujo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Rev do Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ*. 2012;11:58-62.
14. Ordem dos Médicos. Regulamento n.º 707/2016: Regulamento de Deontologia Médica. *Diário da República*. 2016;2ª série(139).
15. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. *Bioética & Debat*. 2011;17(64):1-7.

16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
17. Serrão D, Nunes R. Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora; 1998.
18. Fallowfield L. Giving sad and bad news. Lancet [Internet]. 1993 Feb;341(8843):476-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0140673693902197>
19. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet [Internet]. 2004 Jan;363(9405):312-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603153925>
20. Espinosa E, González Barón M, Zamora P, Ordóñez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. Support Care Cancer [Internet]. 1996 Jan;4(1):61-3. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01769878>
21. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad News: a review of the literature. JAMA [Internet]. 1996 Aug 14;276(6):496-502. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1996.03540060072041>
22. Myerscough PR. Como comunicar com os doentes. Castro FL de, editor. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda; 1989.
23. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC; 2002.
24. Silveira DT, Córdova FP. A pesquisa científica. In: Gerhardt TE, Silveira DT, editors. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009. p. 31-42.
25. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2008.
26. Fortin M. O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2000.
27. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):5-55.
28. Gonçalves ÂCR. Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica : A necessidade de implementar a (Bio) ética na relação - Um estudo exploratório. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina; 2013.
29. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Communications Skills Training for Health Care Providers and Patient Satisfaction. Ann Intern Med [Internet]. 1999 Dec 7;131(11):822-9. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-131-11-199912070-00026>
30. Lotra V. A cosnpiração do silêncio nas más notícias - o aparente obstáculo intransponível. 2007;10-5.
31. Leal F. Transmissão de más notícias. Rev Port Clin Geral. 2003;19:40-3.
32. Pereira MA. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau; 2008.

Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo 1 - Questionário utilizado. | 46 |
| Anexo 2 - Pedido de autorização para utilização do Questionário às autoras. | 48 |
| Anexo 3 - Parecer aprovado pela Comissão de Ética da UBI. | 50 |
| Anexo 4 - Autorização para realização da investigação. Conselho de Administração do CHUCB. | 51 |
| Anexo 5 - Autorização para realização da investigação. Diretor do SUMC do CHUCB. | 53 |
| Anexo 6 - CLIE | 54 |

| Questionário aos PROFISSIONAIS DE SAÚDE do serviço de _____ do CHUCB , sobre a comunicação de más notícias (Modificado) _____. 2019 | | Pág. 1/2 |
|---|--|----------|
| 1 | Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> | |
| 2 | Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> | |
| 3 | Considera que as discussões de caso entre os membros da equipa de saúde ajudam quando tem que transmitir uma má notícia? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> | |
| 4 | Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> | |
| 5 | Quando tem que transmitir uma má notícia prepara antecipadamente alguma estratégia? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> | |
| 6 | No exercício da sua profissão, procura criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando tem de comunicar uma má notícia? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> | |
| 7 | No exercício da sua profissão, procura evitar transmitir uma má notícia? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> | |
| 8 | Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de comunicação de más notícias? (ordene as opções de acordo com o grau de dificuldade: 1 (mais difícil) e 5 (menos difícil)) Ser honesto com o doente sem lhe retirar a esperança <input type="radio"/> Lidar com as emoções do doente <input type="radio"/> Conseguir o tempo adequado para informar <input type="radio"/> Envolver amigos e familiares do doente <input type="radio"/> Envolver o doente ou um familiar na tomada de decisão <input type="radio"/> | |
| 9 | No exercício da sua profissão, verifica que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> | |
| 10 | Quando tem de comunicar uma má notícia procura usar uma linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> | |

| (continuação) Questionário aos PROFISSIONAIS DE SAÚDE sobre a comunicação de más notícias (Modificado) | |
|--|--|
| 11 | Após a comunicação de uma notícia procura responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao familiar de assimilar tudo o que foi transmitido? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> |
| 12 | No exercício da sua profissão, qual(ais) a(s) primeira(s) pessoa(s) a quem comunica a má notícia? (selecione uma única opção) Doente <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Doente e familiar em simultâneo <input type="radio"/> |
| 13 | Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia? (selecione uma única opção) Bastante confortável <input type="radio"/> Confortável <input type="radio"/> Pouco confortável <input type="radio"/> Desconfortável <input type="radio"/> |
| 14 | Enquanto profissional de saúde, procura manter uma relação próxima com o doente, apesar de reconhecer que pode deste modo estar mais exposto à dor da perda, quando esta ocorre? Sempre <input type="radio"/> Na maioria das vezes <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Poucas vezes <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> |
| 15 | Na sua opinião a tarefa de transmitir uma má notícia é uma vocação que nasce com a pessoa? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> |
| 16 | No exercício da sua profissão, procura não contar a verdade toda sobre o conteúdo da notícia a transmitir sob pena de o estado físico e emocional do doente piorar? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> |
| 17 | Na sua opinião, considera o uso de protocolos de comunicação de más notícias? (Selecione uma opção) Muito úteis <input type="radio"/> Úteis <input type="radio"/> Pouco úteis <input type="radio"/> Nada úteis <input type="radio"/> |
| 18 | Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> |
| 19 | Do seu ponto de vista o que poderia/deveria melhorar em termos de condições dadas aos familiares de pacientes internados neste serviço, para receberem uma má notícia? |
| Idade: Género: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Formação Académica: Médico(a) <input type="radio"/> Enfermeiro(a) <input type="radio"/> Ano de conclusão do curso: Tempo de serviço total (em anos): Tempo de serviço nesta unidade (em anos): | |

Anexo 2 - Pedido de autorização para utilização do Questionário às autoras

18/06/2019

Faculdade de Ciências da Saúde Correio - Pedido de Autorização



Adriano Castanhola <a42139@fcsaude.ubi.pt>

Pedido de Autorização

Ana Galvão [REDACTED]
Para: Adriano Castanhola <a42139@fcsaude.ubi.pt>

15 de abril de 2019 às 23:37

Muito boa noite Dr Adriano

Felicito-o pela escolha do tema da sua dissertação!!

Será uma mais valia utilizar o questionário que utilizámos na dissertação da Dra Carina. Ela desenvolveu o seu trabalho na Santa Casa da Misericórdia em Murça. E o interesse pelo tema emergiu precisamente pela ausência de protocolos nos serviços. Cada profissional transmite as más notícias de acordo com o seu referencial cognitivo!!! E nós discordamos desta estratégia.

Peço-lhe que nos referencie no seu trabalho. Envio-lhe também um artigo que apresentamos num congresso. Para nos poder referenciar...

Grata

Elevados cumprimentos
A.

Ana Maria Nunes Galvão
Coordinating Professor (Professora Coordenadora com Agregação)
PhD Clinical and Health Psychologist
Executive and Life Coach
Specialist in Labour, Social and Organisational Psychology
Advanced specialist in Psychological Coaching
Advanced specialist in Psychogerontology
Department of Social Sciences and Gerontology
Polytechnic Institute of Bragança (IPB)
School of Health (ESSa)
Av. D. Afonso V
5300-121 Bragança – Portugal
[REDACTED]

No dia 15/04/2019, às 22:35, Adriano Castanhola <a42139@fcsaude.ubi.pt> escreveu:

Exm.ª Senhora
Professora Doutora Ana Maria Nunes Galvão,

Chamo-me Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola e sou finalista do curso de Mestrado Integrado em Medicina, da Universidade da Beira Interior. Estou a redigir a minha dissertação subordinada ao tema " Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Urgênciado CHUCB: um estudo exploratório".

Li a dissertação de Mestrado "Transmissão de Más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados" que teve a sua doura orientação e considero que a utilização do questionário utilizado dará um valioso contributo à investigação para a minha dissertação de Mestrado.

Assim, venho por este meio pedir a sua autorização para poder utilizar o questionário e adaptá-lo de acordo com as particularidades do meu estudo.

Tentei por todos os meios ao meu alcance obter o contacto da sua orientanda a Mestre Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo, mas todos os esforços foram infrutíferos.

Muito grato pela colaboração, envio cumprimentos,

Adriano Castanhola
Telemóvel: 93 799 82 62

18/06/2019

Faculdade de Ciências da Saúde Correio - Pedido de Autorização



Adriano Castanhola <a42139@fcsaude.ubi.pt>

Pedido de Autorização

Cárina Pontes <[REDACTED]>
Para: Adriano Castanhola <a42139@fcsaude.ubi.pt>

16 de abril de 2019 às 09:24

Bom dia Adriano,

desde já agradeço o seu interesse no meu questionário. Tem a minha autorização para a utilização do mesmo.

Qualquer coisa que necessite da minha parte é só contatar.

Com os melhores cumprimentos,

Carina Seixo

[REDACTED]

De: Adriano Castanhola <a42139@fcsaude.ubi.pt>

Enviado: 15 de abril de 2019 22:18

Para: carina [REDACTED]

Assunto: Pedido de Autorização

Cara Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo ,

Chamo-me Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola e sou finalista do curso de Mestrado Integrado em Medicina, da Universidade da Beira Interior.

Estou a redigir a minha dissertação subordinada ao tema " Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Urgência do CHUCB: um estudo exploratório".

Li a sua dissertação de Mestrado "**Transmissão de Más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados**" e considero que a utilização do seu questionário dará um valioso contributo à investigação para a minha dissertação de Mestrado.

Assim, venho por este meio pedir a sua autorização para poder utilizar o questionário de sua autoria e adaptá-lo de acordo com as particularidades do meu estudo.

Muito grato pela colaboração, envio cumprimentos,

Adriano Castanhola

Telemóvel: 937 998 262

Anexo 3 - Parecer aprovado pela Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-025: ID1255

Na sua reunião de 9 de abril de 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Urgência do CHUCB: um estudo exploratório**" do proponente **Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-025.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 16 de abril de 2019

O Presidente da Comissão de Ética



Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

Comunicação de más notícias pelos médicos do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira: um estudo exploratório

Anexo 4 - Autorização para realização da investigação. Conselho de Administração do CHUCB



| | |
|--|------------------|
| Assunto: Projecto de Investigação n.º 16/2019- "Comunicação de más notícias pelos profissionais de s | |
| Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração | Nº: 33/2019 |
| De: Gabinete de Investigação e Inovação | Data: 18-04-2019 |


Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola, aluno do curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos cuidados intensivos do CHUCB: um estudo exploratório", a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Medicina Paliativa e Serviço de Urgência Geral deste Centro Hospitalar.

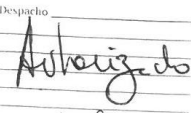
Envio ainda o parecer nº CE-UBI-PJ-2019-025, emitido pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(D.ª Rosa Saraiva)

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião de C.A.
Em 26 ABR. 2019
Despacho

Presidente de C.A. / Director Clínico
Dr. João José Casquilho Alves
Vogal de C.A.
Dr. Vítor Manuel Mendes de Sousa
Vogal de C.A.
Dr.ª Maria de Jesus Trancoso Marques
Infermeiro Director
Enl. João José Carvalho Ramalhão

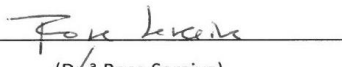
RS/MA

DECLARAÇÃO

Retifica-se a nota interna N.º 33/2019, de 18/04/2019, onde se lê que o título do estudo é “Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos cuidados intensivos do CHUCB: um estudo exploratório”, deverá lêr-se “Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Urgência do CHUCB: um estudo exploratório”.

Data: 20/05/2019

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,



(Dr.ª Rosa Saraiva)



Anexo 5 - Autorização para realização da investigação. Diretor do SUMC do CHUCB

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
A/C Exm. Senhor
Diretor do Serviço de Urgência Geral
Dr. Ricardo Costa

Enfermeiro Chefe. Mário Batista
Quinta do Alvito
6200 – 251 Covilhã

Autorizado
15/03/2019
Ricardo

Covilhã, 05 de março de 2019

Título do Estudo: Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde, a familiares de pacientes internados nos cuidados intensivos, cuidados paliativos e Urgência do CHUCB: um estudo exploratório.

Assunto: Requerimento de autorização para realização de estudo.

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

| | |
|--|---|
| Nome do Investigador | Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola |
| Instituição de Origem | Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, 6200-506 Covilhã |
| Serviços do CHCB que participam no estudo | Unidade de Cuidados Intensivos Serviço de Cuidados Paliativos Serviço de Urgência Geral |
| Objetivos | Investigar, na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, como são transmitidas más notícias pelos profissionais de saúde aos familiares dos doentes internados e como estas são rececionadas pelos familiares. Compreender como os familiares avaliam a comunicação verbal e não verbal, empatia e respeito, resolução de problemas e |

utilização de material de apoio na comunicação de más notícias.
Compreender a preparação dos profissionais de saúde para a comunicação de más notícias e a forma como o fazem.

Metodologia

Aplicação de um questionário dirigido aos familiares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Aplicação de um questionário dirigido aos profissionais de saúde que desempenham funções laborais na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Os familiares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira serão convidados pessoalmente pelo investigador a responder ao questionário aquando da sua presença nesta unidade hospitalar.

Os profissionais de saúde serão convidados, pessoalmente pelo investigador, a responder ao questionário.

População do Estudo

Familiares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira e Profissionais de Saúde (médicos e enfermeiros) da respetiva unidade hospitalar.

Informação de Segurança

O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos ao GII.

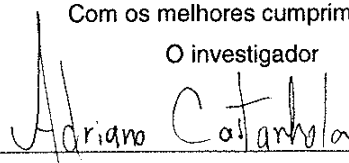
Duração prevista do estudo

Início: 05 de Março de 2019 Termo: 15 de Março de 2019.

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

O investigador



Adriano Cotanhola



UNIVERSIDADE
BEIRA INTERIOR

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

Inquérito por questionário aos PROFISSIONAIS DE SAÚDE da Unidade de Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, sobre a comunicação de más notícias.

Adriano Bruno Belo Rodrigues Castanhola, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, está a aplicar o presente questionário no âmbito da investigação para a realização da sua dissertação de mestrado.

Este estudo tem como objetivo compreender como os familiares de pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, avaliam a comunicação verbal e não verbal, empatia e respeito, resolução de problemas e utilização de material de apoio, na comunicação de más notícias.

A sua participação é muito importante. Por favor responda a todas as questões. Tem direito a desistir de participar neste estudo, sem que daí advenham quaisquer consequências. Muito obrigado.

Termo de consentimento informado

Ao assinar este documento confirmo fazê-lo livre de quaisquer pressões ou receios. Assumo, assim, também, que me foram dadas as informações suficientes e os esclarecimentos necessários para a minha decisão.

Termo de confidencialidade

Todos os dados colhidos durante este estudo, são tratados de forma confidencial. Nenhum dado relativo aos intervenientes, que possa conduzir à sua identificação, constará de qualquer relatório ou publicação.

Prof. Doutor Paulo Vitória

Adriano Castanhola-937998262

Assinatura de quem preencheu o questionário

Data e local da aplicação:
Covilhã, abril 2019

