

ARTIGO DE REVISÃO

PERSPETIVAS DAS PESSOAS QUE RECEBEM MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Perspectives of people who receive bad news in hospital context: integrative review

Perspectivas de las personas que recibe malas noticias en el contexto hospitalar: revisión integrada

Alice Apolónia*, Bruno Moreira**, Daniel Silva***, Filipa Castro****, Joana Oliveira**, Mário Emídio***, Liliana Mota*****

RESUMO

Enquadramento: a transmissão de más notícias é uma realidade incontornável na prática de enfermagem. O estabelecimento de um processo de comunicação eficaz implica disponibilidade, capacidade de escuta e de compreensão. **Objetivo:** conhecer as perspetivas das pessoas que recebem más notícias e compreender o impacto que estas notícias representam na vida das mesmas. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura nas bases de dados Academic Search Complete, Medline with full text e CINAHL Plus with full text, selecionando um total de sete estudos publicados entre 2011 e 2016. **Resultados:** aquando o momento de transmissão de notícias desfavoráveis os profissionais de saúde devem considerar o contexto familiar e social do doente. A informação a ser partilhada, o momento e a responsabilidade da partilha, os métodos utilizados na comunicação e a reação dos doentes ao que lhes é comunicado deverão também constituir foco da sua atenção. **Conclusão:** é transversal a importância que a comunicação clara e eficaz tem na transmissão de más notícias para os doentes e suas famílias e o impacto que pode ter no decurso da doença.

Palavras chave: más notícias; perspetivas; pacientes; estratégias

ABSTRACT

Background: the transmission of bad news is an unavoidable reality in nursing practice. Establishing an effective communication process implies readiness, listening, and understanding. **Objective:** to know the perspectives of the people who receive bad news and understand the impact that this news represents in their lives. **Methodology:** the method used in this review article was PICO. Three databases were searched, selecting a total of seven studies published between 2011 and 2016. **Results:** an integrative review was developed with reference to three databases (Academic Search Complete, Medline with full text and CINAHL Plus with full text), selecting a total of seven studies published between 2011 and 2016. **Conclusion:** it's transversal the importance that clear and effective communication has in transmitting bad news to patients and their families and the impact it may have in the course of the disease.

Keywords: bad news; perspectives; patients; strategies.

RESUMEN

Marco contextual: la transmisión de malas noticias es una realidad inevitable en la práctica de enfermería. **Objetivo:** conocer las perspectivas de las personas que reciben malas noticias y comprender el impacto que estas noticias representan en la vida de las mismas. **Metodología:** una revisión integradora fue desarrollado con referencia a las tres bases de datos (Academic Search Complete, Medline con texto completo y CINAHL Plus con texto completo), la selección de un total de siete estudios publicados entre 2011 y 2016. **Resultados:** en el momento de transmisión de noticias desfavorables, los profesionales sanitarios deben considerar el contexto familiar y social del paciente. La información que será transmitida, el momento y la responsabilidad del intercambio de información, los métodos utilizados en la comunicación y la reacción de los pacientes, también deben ser foco de atención del profesional. **Conclusión:** es transversal la importancia de una comunicación clara y efectiva en la transmisión de malas noticias a los pacientes y sus familias y el impacto que esto puede tener durante la enfermedad

Palabras clave: malas noticias; perspectivas; pacientes; estrategias.

*Enfermeira no Serviço de Cirurgia do Instituto Português de Oncologia do Porto - Francisco Gentil, E.P.E.

**Enfermeiro no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.

***Enfermeiro no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

****Enfermeira no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

*****Doutor em Ciências da Enfermagem; Professor Adjunto na ESSNorteCVP

Como Referenciar:

Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., Emídio, M., & Mota, L. (2018). Perspetivas das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 109-118

INTRODUÇÃO

A transmissão de más notícias é uma realidade incontornável na prática de enfermagem bem como no âmbito da saúde em geral. É uma missão complexa e delicada para quem tem a árdua tarefa de a cumprir, mas é ainda mais penosa para quem a recebe.

Twycross (2003) entendeu o conceito de má notícia como um conjunto de informações que alteram desagradável e drasticamente a consciência que o doente tem do seu futuro. Associa-se, normalmente, a uma situação de perda, definida como a retirada ou a ausência de um objeto, capacidade ou sujeitos importantes na vida de um indivíduo.

Neste processo de relação de ajuda, a empatia assume um papel preponderante na comunicação que se estabelece entre os profissionais de enfermagem e o doente/família.

A comunicação de uma má notícia em contexto hospitalar assume a posição central na elaboração deste estudo, que pretende compreender o impacte das mesmas na perspetiva de quem as recebe aquando da vivência deste evento.

A fim de colmatar uma necessidade sentida na nossa prática clínica, no que concerne à gestão das más notícias em contexto hospitalar, tomando por referência a pessoa, que é o foco dos nossos cuidados, decidimos avançar numa revisão integrativa da literatura em resposta às nossas inquietações. Em resultado, foram formulados dois objetivos: conhecer as perspetivas das pessoas que recebem más notícias e compreender o impacte que estas notícias representam na vida das mesmas.

Desta forma, e como linha orientadora deste estudo ganha sentido lançar a seguinte questão de investigação: *“Quais as perspetivas das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar?”*.

Compreendendo o impacte que a comunicação das más notícias exerce sobre o doente/família vai-nos permitir a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no sentido de otimizar a melhor resposta às necessidades das pessoas alvo dos nossos cuidados.

ENQUADRAMENTO

A comunicação, enquanto característica inerente ao ser humano é o que lhe permite assumir uma dimensão exclusiva, genuína e única, na medida em que a forma como se comunica faz parte do património pessoal de cada um. O ato de comunicar é também uma forma de doar ao outro, pelo que poderá dizer-se que ajudar e comunicar são dois vértices do mesmo prisma e, enquanto profissional de saúde, esta deverá ser uma verdade inquestionável (Pereira, 2008).

Esta pode ser caracterizada não só pela complexidade, mas também pela exigência que é esperada de todos os intervenientes. O que é comunicado não se limita apenas à palavra, vai muito para além disso. É necessária uma conjugação de diferentes conceitos, tais como, atenção, disponibilidade, entrega, carisma, calma e altruísmo (Barbosa & Neto, 2006). Comunicar de forma eficiente exige do ser humano um conjunto de características ímpares que o mesmo tem de explorar ao máximo, para garantir uma perceção e um retorno feliz, quer do que lhe é transmitido, quer do que ele próprio transmite (Sousa, 2009).

O relacionamento com os outros obriga necessariamente a comunicar, ainda que não se queira e ainda que não se faça uso da palavra. A própria partilha de espaço obriga a comunicar com o outro, seja pela postura corporal, pelo olhar ou pela voz. Por mais estranho que pareça, não poderá negar-se que a tentativa de não estabelecer comunicação com alguém, já é por si só, uma forma de comunicar (Gineste & Pellissier, 2007).

Associar esta complexidade natural a uma interação entre o profissional de saúde, doente e família, em que várias partes se encontram num clima de fragilidade, complica ainda mais, todo o cenário (Barbosa & Neto, 2006).

Comunicar é um processo que não é passível de total controlo, com tudo o que isso poderá acarretar de benéfico ou não. O ato de comunicar é, não só uma característica indissociável do ser humano, como tremendamente identificativa (Sousa, 2009). Assim, enquanto ponte de relacionamento com os outros, o ato de comunicar, exige de qualquer profissional de saúde uma aprendizagem e treino constantes, determinada e abrangente que dê resposta às necessidades efetivas daqueles a quem os cuidados são dirigidos (Rebelo, 2009).

Warnock *et al.* (2010) refere que a comunicação da má notícia pode ser entendida como um processo, ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que esta é comunicada. Assim, as necessidades de informação e o apoio às pessoas doentes vão para além do momento de dar uma má notícia.

Cabe aos profissionais de saúde desenvolver competências no sentido de disponibilizar informação objetiva e correta, adequada ao grau de consciência e capacidade de entendimento e que considere a singularidade de cada ser humano, garantindo assim o direito à informação ao doente e família. Segundo Gonçalves (2013) os objetivos da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos. Todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução de incerteza.

O estabelecimento da relação de ajuda implica a disponibilidade, capacidade de escuta e de compreensão; estar atento e preocupar-se com o outro, autenticidade, franqueza e empatia são componentes imprescindíveis ao

desenvolvimento da comunicação; escutar o outro, atendendo às preocupações verbalizadas e à linguagem corporal são também fundamentais (Gonçalves, 2013). De acordo com Gonçalves (2013), o enfermeiro está em posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação; para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar; para perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias.

Se a informação carece de rigor, objetividade e verdade pode desenvolver no doente e/ou sua família um efeito mais nefasto do que a própria ausência de informação, suscitando dúvidas, receios e angústias daí que aquilo que é transmitido e a forma como é transmitido desenvolvam toda a diferença no estabelecimento de um processo terapêutico (Dias, 2005).

Os profissionais de saúde têm o dever ético e moral de acompanhar o doente após a transmissão de uma má notícia, ajudando a procurar o que é melhor para si, em termos futuros (Antunes, 2008). Segundo Rego (2009), qualquer intervenção desenvolvida pelo profissional de saúde implica que este tenha perfeito conhecimento do que é prioritário para o doente.

No contexto sociocultural, a família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e socialização dos seus membros. Independentemente da sua estrutura é na família que cada um dos seus elementos procura encontrar o equilíbrio. O indivíduo procura habitualmente o apoio necessário na família para ultrapassar as situações de crise que surgem ao longo da sua vida (Guarda, 2006).

O processo de doença de um familiar é uma experiência de vida que atinge de forma negativa todos os membros da família. A indefinição quanto ao futuro e a incerteza do prognóstico resulta na desestruturação psicológica que atinge doentes e familiares (Ribeiro, 2005).

A notícia só pode ser comunicada à família do doente com o consentimento deste. No entanto, muitas vezes são os familiares os primeiros a perceber que algo está

errado com o doente, pedindo que nada lhe seja dito, surgindo, então, a conspiração do silêncio, em que a família finge que nada sabe e que nada de mal está a acontecer, e o doente finge que está tudo bem e que nada sabe para não preocupar a família, impedindo, assim, que se casos sejam resolvidos (Leal, 2003).

A doença de um membro da família é também uma doença familiar. Todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, por isso, para a equipa multidisciplinar, o doente e a família constituem a unidade a tratar (Guarda, 2006).

Dessa forma, é importante encontrar um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer a verdade e o de evitar causar mal ao doente. Isso exige por parte dos profissionais de saúde uma avaliação adequada de cada doente em particular, no sentido de saber se este quer ou não saber a verdade, procurando respeitar-lhe sempre a vontade. Segundo Querido (2006, p. 72) *“o diagnóstico da doença provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas competências”*.

A má notícia não somente altera a ideia que a pessoa fazia do seu futuro, mas também a forma como ela é vista pela sociedade. A partir do momento em que o indivíduo é “rotulado” como portador de doença, as pessoas que o rodeiam mudam a atitude em relação a ele.

Dado o elevado número de pessoas com doenças crónicas e/ou terminais, cada vez mais famílias assumem a responsabilidade de acompanhar seus familiares, tornando-se eles, também, prestadores de cuidados.

Daí a necessidade de acompanhar não somente as necessidades específicas do doente, mas também, as da

família envolvida.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, o qual obedeceu à aplicação da metodologia PICO (Figura 1) para a formulação da sua pergunta.

Acrónimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Pessoas que recebem más notícias
I	Intervenção	Perspetivas das pessoas que recebem más notícias
C	Controle ou comparação	Sem comparação
O	Desfecho (“outcomes”)	Impacto na vida

Figura 1. Quadro da metodologia PICO

Os critérios definidos para inclusão dos estudos foram: período compreendido entre 2011-2016, acessíveis em *full-text*, nos idiomas inglês e português, sendo as pessoas que recebem más notícias a população selecionada. Os critérios de exclusão dos estudos foram: estudos com pessoas em idade pediátrica; estudos publicados no formato editoriais; cartas ao editor; outros tipos de revisões; estudos em que a população alvo seja profissionais de saúde.

Foram excluídas teses, dissertações, monografias e estudos que, após leitura do resumo, não convergiam com o objeto de estudo proposto, além das publicações que se repetiram nas bases de dados.

A seleção dos estudos ocorreu no período de 02 a 10 de fevereiro de 2017, nas bases de dados *Academic Search Complete*, *Medline with Full Text* e *CINAHL Plus with Full Text*. Definiu-se, para o levantamento dos estudos nas bases de dados, os descritores: *“bad news”, “perspective”, “patients”, “strategies” e family*. Na sequência, realizou-se o cruzamento dos descritores da seguinte forma: *“bad news” [AND] “perspective” [OR] “strategies” [AND] “family” [OR] “patients”*.

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Durante o processo de pesquisa encontramos 108 estudos (*AcademicSearch Complete* - 66; *Medline with Full Text* – 25; *CINAHL Plus with Full Text* - 18).

Após a exclusão de estudos por repetição e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão mediante a leitura do título e resumo de cada estudo, a amostra constituiu-se de

dezanove estudos, dos quais nove da *Academic Search Complete*, seis da *Medline with Full Text* e quatro da *CINAHL Plus with Full Text*.

Comparando os estudos obtidos entre si e após a exclusão de 4 estudos por repetição entre bases de dados, selecionamos 7 estudos após a sua leitura na íntegra, como se encontra esquematizado no fluxograma.

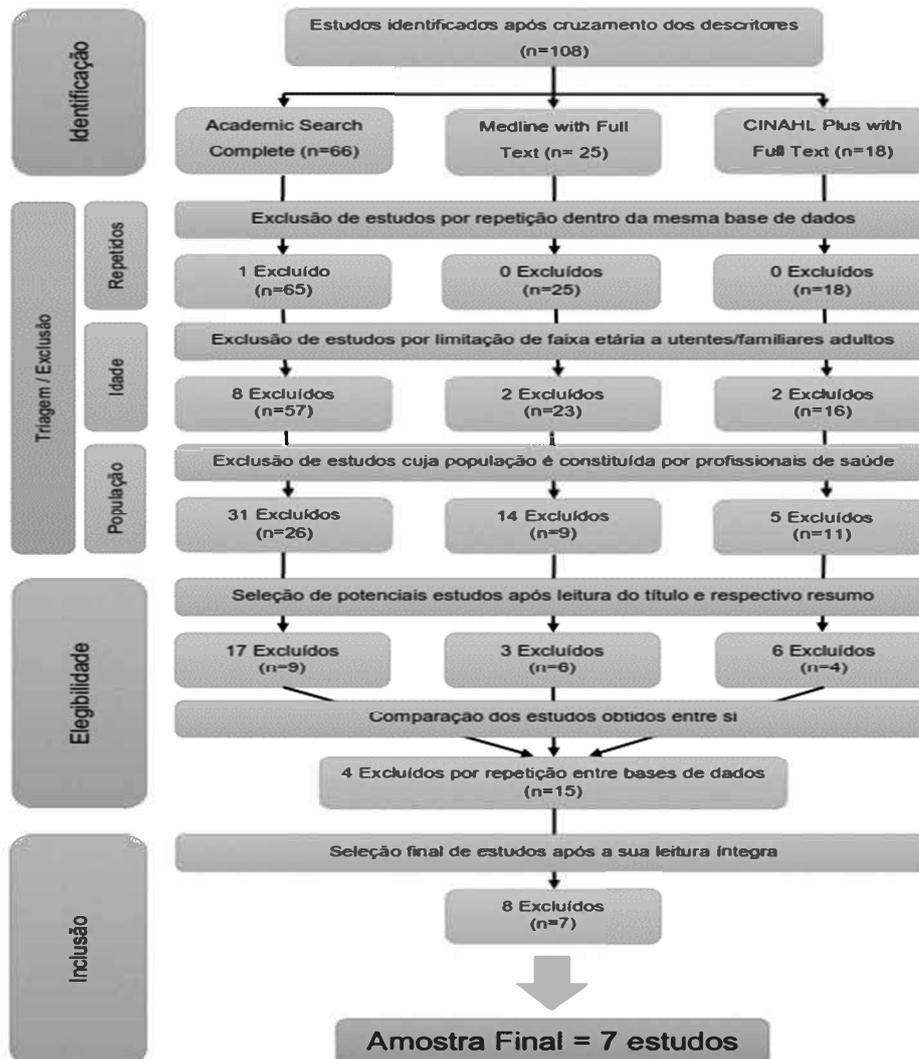


Figura 2. Fluxograma de seleção dos estudos

RESULTADOS

Os principais resultados provenientes da análise dos sete estudos selecionados foram agrupados na figura 3 de modo a tentar responder à questão de

investigação enunciada anteriormente. Nenhum dos estudos é realizado em Portugal, três deles são desenvolvidos no Reino Unido, outros três nos E.U.A e

um deles na Coreia do Sul. É enunciado o objetivo de cada um deles, a metodologia desenvolvida, a categoria profissional responsável pelo estudo, assim como os principais resultados que advêm de cada um. Alguns dos fatores referidos pelos doentes e sua família como determinantes no processo de transição saúde/doença foram a complexidade linguística utilizada pelo profissional no processo de comunicação, o grau de familiarização que este detém

sobre o processo clínico do doente, o grau de proximidade da relação terapêutica, o tipo de suporte providenciado pela equipa multidisciplinar ao doente e família após a transmissão da notícia, a representação social que o doente tem do diagnóstico e a diversidade de estratégias adaptativas que o doente e família detêm como recurso à aceitação da má notícia.

Autor/Ano/País	Objetivos	Amostra	Metodologia	Quem transmite a notícia	Área profissional do autor	Resultados
Ewing, G. et al. 2015 Inglaterra	Examinar as perspetivas dos doentes, seus acompanhantes e profissionais de saúde na partilha de más notícias e desenvolver um guia de intervenção, baseado na evidência, que suporte a partilha de más notícias	20 doentes com diagnóstico de neoplasia, 17 acompanhantes e 27 profissionais de saúde	Estudo qualitativo: entrevistas semiestruturadas	Médicos e enfermeiros	Não especificado	Existe um envolvimento mais próximo da parte dos enfermeiros especialistas comparativamente à classe médica, no que concerne, à explicação da doença e opções de tratamento. Foram identificados pelos doentes e acompanhantes alguns elementos que fornecem a estrutura para um potencial guia de suporte na partilha de más notícias: as pessoas a ser abordadas; a informação a ser partilhada a sua responsabilidade e o momento em que ocorre; os métodos utilizados na comunicação; a reação ao que lhes é comunicado. O processo de coping centrado no problema foi outra das estratégias adotadas.
Ko, E. et al. 2014 Coreia do Sul	Explorar as perspetivas dos doentes mais idosos quanto ao prognóstico da sua doença e quais as expectativas quando perante uma má notícia.	7 adultos com 65 anos ou mais membros de Centros Sénior na Coreia do Sul	Estudo qualitativo exploratório	Não especificado	Professores do serviço social	O modo de comunicação, as necessidades e preferências dos doentes que recebem a notícia varia de cultura para cultura. Por este motivo, várias estratégias utilizadas devem ser submetidas a adaptações culturais.
Arber, A. 2012 Reino Unido	Explorar as experiências vivenciadas pelos doentes nos três primeiros meses após o diagnóstico de Mesotelioma pleural maligno.	10 doentes diagnosticados com mesotelioma pleural maligno	Estudo qualitativo exploratório: entrevistas semiestruturadas	Médico	Enfermeira e Assistente social	A incerteza e a falta de controlo levam ao sofrimento emocional, físico e psicossocial. O encaminhamento precoce para cuidados paliativos representa um suporte adicional e fornece aos doentes estratégias de referência durante os 3 primeiros meses após o diagnóstico da doença.
Schaepe, K. 2011 E.U.A.	Compreender a percepção / reação do doente vs. Cuidador aquando a transmissão do diagnóstico	29 doentes com diagnóstico de neoplasia e 29 cuidadores informais	Estudo qualitativo exploratório	Médico	Médico	Os doentes e familiares que tiveram contacto com profissionais que transmitiram disponibilidade e apoio, negociando um plano terapêutico tiveram maior facilidade em aceitar o diagnóstico. O apoio providenciado pela

						equipa clínica ao demonstrar interesse e envolvimento na formulação do plano terapêutico transmitiu uma sensação de confiança e empenho que dissipou os sentimentos negativos inerentes ao momento do diagnóstico.
Maher, K. 2010 Reino Unido	Perceber quais as estratégias adotadas pelos doentes face à incerteza da evolução de uma doença crónica	8 doentes com diagnóstico de mieloma múltiplo	Estudo qualitativo exploratório	Médico	Enfermeira	A vivência com uma doença crónica altera a percepção que a pessoa tem do paradigma saúde/doença. As estratégias adotadas variam amplamente mediante a fase do ciclo vital em que a pessoa se encontra, vivências prévias e personalidade. Face à incerteza as pessoas adotam frequentemente como estratégias a manutenção das suas rotinas; a adaptação às novas limitações impostas pela doença; manutenção da esperança; Crença e apoio espiritual; confiança nos profissionais de saúde; perseverança face a adversidades inerentes à doença; aceitação dos efeitos secundários induzidos pela terapêutica.
Kirshblum, S. et al. 2015 E.U.A	Analisar a resposta de um conjunto de pacientes que sofreram uma lesão da espinal medula relativamente à transmissão desta má notícia.	60 doentes de três diferentes centros de reabilitação dos E.U.A.	Estudo misto: qualitativo e quantitativo.	Médico	Médico	A forma como o diagnóstico e prognóstico desta doença é transmitida tem consequências indubitáveis em todas as etapas subsequentes, nomeadamente na recuperação do doente. O amparo providenciado pela equipa multidisciplinar após o diagnóstico teve forte influência na aceitação do mesmo pelos doentes
Morris, D. et al. 2012 E.U.A	Analisar a resposta de doentes que padecem de uma doença grave à pergunta “qual a compreensão da sua doença”, inferindo, assim, a percepção/reacção que estes têm da sua situação e à doença concretamente.	209 doentes: 69 com cancro, 140 sem cancro (70 com patologia cardíaca e 70 com patologia respiratória).	Estudo de corte (longitudinal)	Médico	Médico	Neste estudo a descrição da fisiopatologia da doença; a história da doença; o prognóstico; os sintomas; e a causalidade são fatores determinantes na aceitação do diagnóstico. Os pacientes com cancro reportam-se frequentemente a pormenores do diagnóstico e prognóstico, enquanto os pacientes sem cancro, debruçam-se mais nas causas e sintomas que vivenciam. O apoio providenciado pela equipa clínica é um facto determinante na aceitação do diagnóstico

Figura 3. Quadro síntese dos estudos selecionados

DISCUSSÃO

Dos sete estudos selecionados, cinco fazem referência ao médico como sendo o único profissional que transmite a má notícia. Um dos estudos não especifica a categoria profissional de quem transmite o diagnóstico. Apenas para Ewing (2015) a comunicação das más notícias é feita, para além do médico, pelo enfermeiro, que é considerado como o profissional mais adequado para o fazer. A justificação prende-se com o envolvimento familiar proporcionado e o suporte fornecido, não só na comunicação da má notícia como na continuidade dos cuidados.

Outro aspeto de relevo e que é salientado nos estudos desenvolvidos por Schaepe (2011) e Maher (2010) diz respeito à influência que o domínio cultural tem na percepção da má notícia, tal como é defendido por Abazari e colaboradores (2016) que refere que o processo de transmissão de más notícias desenvolvido para uma cultura específica não deverá ser cegamente transposto para uma outra cultura carecendo previamente de um ajuste que vá de encontro às características desse grupo em específico.

Cinco dos sete estudos referenciam, ainda, o apoio contínuo da equipa multidisciplinar como uma mais-valia no processo de aceitação de diagnóstico e de adesão ao plano terapêutico.

Uma comunicação clara, cuidadosa e eficaz é um dado tido como crucial na transmissão de más notícias e transversal a todos os estudos. Demonstra-se importante não apenas no momento da comunicação de um acontecimento negativo mas ao longo de toda a vivência futura do processo. Esta ideia é sustentada por Antunes (2008) ao afirmar que a comunicação é considerada um instrumento básico pelo profissional de saúde, seja no cuidado ao doente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa multidisciplinar.

É pertinente ressaltar de que forma a representação social da doença e a percepção que o doente tem da mesma, influenciam na interpretação que este faz sobre o seu estado clínico. Esta evidência é sustentada por Morris (2012), onde se refere que os doentes com cancro tendem a centrar-se no diagnóstico e prognóstico da doença, enquanto que doentes com outras patologias reportam-se aos sintomas e causas das suas doenças. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2015) a comunicação entende-se, como um comportamento interativo e complexo de dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, sejam eles transmitidos face a face ou com o recurso a diferentes meios tecnológicos.

De acordo com Maher (2010), a vivência com a doença crónica altera a percepção que a pessoa tem do paradigma saúde/doença. A preparação prévia do momento em que é transmitida a má notícia tem influência na aceitação desta por parte do doente. Meleis (2000) advoga que os enfermeiros preparam os doentes para a vivência das transições, facilitando o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença.

A elaboração de um protocolo de intervenção, enquanto guia de suporte na comunicação das más notícias pelos profissionais de saúde, toma destaque em Ewing (2015) e Morris (2012). Tendo em conta a opinião dos doentes/familiares, os profissionais de saúde devem ter em conta um plano de intervenções específicas e estruturadas. Corey e Gwyn (2016) corroboram esta ideia com a apresentação de um protocolo específico de intervenção designado SPIKES (*Setting up, Perception of condition/seriousness, Invitation from the patient to give information, Knowledge: giving medical facts, Explore emotions and sympathize, Strategy and summary*) utilizado nas diferentes etapas de transmissão de más notícias a familiares e doentes e estruturado para que esta

informação potencie o diálogo, fortalecendo a relação terapêutica e que providencie um suporte centrado na pessoa que seja facilitador da tomada de decisão por parte doente.

CONCLUSÃO

Com a análise e discussão dos resultados obtidos alcançou-se assim resposta à nossa questão de investigação. Conclui-se que no processo de transição saúde/doença os doentes e respetivas famílias dão preferência a uma comunicação clara e eficaz, entregue por um profissional de referência e proximidade que dê suporte contínuo no período subsequente ao diagnóstico. A preferência pela presença de familiares nos momentos de contacto clínico foi evidenciada. O recurso a um protocolo semiestruturado no momento de diagnóstico mostrou-se vantajoso na aceitação do diagnóstico por parte dos doentes. A utilização de estratégias de adaptação centradas no problema foram também frequentes e a conotação social que a doença tem pode influenciar a aceitação diagnóstica.

Algumas das limitações sentidas debruçam-se sobre a escassez de evidência científica recente centrada na temática e a maioria dos artigos desenvolvidos terem apenas como amostra doentes oncológicos. Contudo, o processo de comunicação de más notícias abrange todos os fenómenos crónicos e agudos.

Com a elaboração deste estudo, realçou-se a importância que o profissional deve dar à adaptação do processo comunicacional às capacidades do doente. Deve, sempre que possível, haver uma familiarização do profissional com o processo clínico do doente, seguindo-se posteriormente um contacto preparado com bases protocoladas, contudo ajustadas às necessidades da pessoa.

Desde cedo que se tornou evidente a escassez de estudos desenvolvidos com a temática de transmissão de más

notícias centrada na perspetiva do doente e seus familiares. Esta verificação vem suportar a ideia que é necessário desenvolver estudos de investigação, que sirvam posteriormente de base para a readaptação do processo comunicacional, a fim de potenciar o processo de aceitação do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., & Spencer, L. (2013). 'It's all bad news': the first 3 months following a diagnosis of malignant pleural mesothelioma. *Psychooncology*, 22(7):1528-33. doi: 10.1002/pon.3162.
- Abazari, P. (2016). *Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study*. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27296237>
- Antunes, N. L. (2008). *Sinto Muito*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina.
- Corey, V., & Gwyn, P. (2016). Experiences of Nurse in Communicating Bad News to Cancer Patients. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(5), 485-494. Retirado de [https://www.advancedpractitioner.com/issues/volume-7,-number-5-\(julaug-2016\)/experiences-of-nurse-practitioners-in-communicating-badnews-to-cancer-patients.aspx](https://www.advancedpractitioner.com/issues/volume-7,-number-5-(julaug-2016)/experiences-of-nurse-practitioners-in-communicating-badnews-to-cancer-patients.aspx)
- Dias, M. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ewing, G., Ngwenya, N., Benson, J., Gilligan, D., Bailey, S., Seymour, J., & Farquhar, M. (2015). Sharing news of a lung cancer diagnosis with adult family members and friends: a qualitative study to inform a supportive

- intervention. *Patient Education & Counseling*, 99(3), 378-385
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gonçalves, A. (2013). *Comunicação de más notícias a pessoas com doença Oncológica: a necessidade de implementar a (bio)ética na Relação – um estudo exploratório*. (Tese de Mestrado). Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Guarda, H. et al. (2006). *Apoio à família. Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos.
- ICN (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Retirado de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Leal, F. (2003). *Transmissão de más notícias*. *Revista Clínica Geral*, 18(1), 40-43
- Ko, E., Nelson-Becker, H., Shin, M. & Park, Y. (2014). Preferences and Expectations for Delivering Bad News Among Korean Older Adults. *Journal of Social Service Research*, 40(2), 462-414
- Maher, K., & Vries, K. (2010). An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed Multiple Myeloma. *European Journal of Cancer Care*, 20, 267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01234.x>
- Meleis, et al. (2000). Experiencing transicions: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science*, 23(81), 12-28. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory
- Morris, D., Johnson, K., Ammarell, N., Arnold, R., Tulsy, J., & Steinhauser K., (2012). What is Your Understanding of Your Illness? A Communication Tool to Explore Patients' Perspectives of Living with Advanced Illness. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11) 1460-1466
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Querido, A. et al. (2006). *Comunicação. Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos: Lisboa.
- Rebelo, J. (2009). *Amor, Luto e Solidão*. Alfragide: Casa das Letras.
- Rego, A. (2009). *Um ramo de amendoeira*. Águeda: Paulinas.
- Ribeiro, G. et al. (2005). O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. REME. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 371-377. Retirado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/487>
- Schaepe, K.S., (2011). Bad news and first impressions: patient and family caregiver accounts of learning the cancer diagnosis. *Soc Sci Med*, 73(6), 912-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.038.
- Sousa, J. (2009). *A Vida é um Minuto o poder e a imagem*. Alfragide: Oficina do livro.
- Kirshblum, S., Botticello A., DeSipio, G., Fichtenbaum, J., Shah, A., & Scelza, W.(2016). Breaking the news: A pilot study on patient perspectives of discussing prognosis after traumatic spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 39(2), 155-161 DOI: 10.1179/2045772315Y.0000000013
- Warnock, C. et al. (2010). *Breaking bad news in in patient clinical settings: role of the nurse*. *Journal of Adavanced Nursing*. Reino Unido, 66(7), 1543-55.