

## Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal

Dimensions qualifying for communication of difficult news in neonatal intensive care unit

Dimensiones para la comunicaci3n de califican noticias dif3cil en unidad de cuidados intensivos neonatal

Luciana Palacio Fernandes Cabeça<sup>1</sup>; Francisca Georgina Macedo de Sousa<sup>2</sup>

Artigo elaborado a partir de Dissertaç3o de Mestrado intitulada: Molduras da comunicaç3o de notícias difíceis em UTI neonatal: sentidos do presente, reflexos para o futuro, defendida junto ao Programa de Pós-Graduaç3o em Enfermagem da Universidade Federal do Maranh3o (UFMA) e vinculado ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Fam3lia, da Criança e do Adolescente (GEPSECA) do Departamento de Enfermagem da UFMA.

### Como citar este artigo:

Cabeça LPF; Sousa FGM. Dimensões qualificadoras para a comunicaç3o de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):37-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-50>

### ABSTRACT

**Objective:** Understanding the qualifying dimensions for communication of difficult news in the neonatal intensive care unit. **Method:** Descriptive exploratory study, qualitative, from the thematic analysis. 10 mothers of newborns and 14 professionals were research subjects. **Results:** The use of strategies in helper/for the communication of difficult news in the NICU were revealed in the speeches of the research participants as facilitators in the process of interaction between professionals, mothers and families, allowing this type of communication, reduce the suffering of those involved, favoring support and support to the mother and family and extend security to overcome difficulties and challenges. **Conclusion:** The requirement of relational, interpersonal and communication skills in professional, from an expanded care and care that goes beyond

<sup>1</sup> Enfermeira, graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranh3o. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranh3o. Enfermeira efetiva da Universidade Federal do Maranh3o (MEC). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Fam3lia, Criança e Adolescente (GEPSECA). Email: [fernandespalacio@ig.com.br](mailto:fernandespalacio@ig.com.br).

<sup>2</sup> Enfermeira, Graduada em 1982 pela Universidade Federal do Maranh3o (UFMA), Especializaç3o em Enfermagem Pediátrica e Puericultura pela UFMA, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Cear3 (2003). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina na área de concentraç3o Filosofia, Saúde e Sociedade (2008). Doutorado Sandwich na Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Enfermeira assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de São Lu3s, Maranh3o/Brasil. Professora Adjunta III da Universidade Federal do Maranh3o, Coordenadora do Mestrado Acad3mico em Enfermagem da UFMA no per3odo de 2010-2012. Pós Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (01.04.14 a 30.03.2015). Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, atuando como pesquisadora nas seguintes temáticas: saúde da criança, cuidado à criança com doença crônica, cuidado centrado na fam3lia, cuidado de enfermagem, enfermagem e saúde da criança, sistemas de cuidados. Email: [fgeorginasousa@hotmail.com](mailto:fgeorginasousa@hotmail.com).

the prevalent as technical and technological dimension in intensive care make it necessary perspective.

**Descriptors:** Nursing. Communication. Difficult news. Neonatal Intensive Care Unit.

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Estudo exploratório descritivo, qualitativo apoiado pela Análise Temática. Foram sujeitos de pesquisa 10 mães de recém-nascidos e 14 profissionais da terapia intensiva neonatal. **Resultados:** A utilização de estratégias auxiliadoras no/para a comunicação das notícias difíceis na UTIN foram reveladas nas falas dos participantes da investigação como facilitadoras para o processo de interação entre profissionais, mães e famílias, permitindo nesse tipo de comunicação, reduzir o sofrimento dos envolvidos, favorecer apoio e suporte à mãe e à família e ampliar segurança para ultrapassar dificuldades e desafios. **Conclusão:** os resultados sugerem competências relacionais, interpessoais e comunicacionais a partir de uma perspectiva ampliada do cuidado que ultrapassa a dimensão técnica e tecnológica tão prevalentes em terapia intensiva.

**Descritores:** Enfermagem. Comunicação. Notícias difíceis. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## RESUMEN

**Objetivo:** La comprensión de las dimensiones de calificación para la comunicación de noticias difíciles en la unidad de cuidados intensivos neonatales. **Método:** A, cualitativa, el análisis temático descriptivo del estudio exploratorio. **Resultados:** El uso de estrategias de ayudante/para la comunicación de noticias difíciles en la UCIN se revela en los discursos de los participantes en la investigación como facilitadores en el proceso de interacción entre los profesionales, las madres y las familias, lo que permite este tipo de comunicación, reducir el sufrimiento de los involucrados, favoreciendo soporte y apoyo a la madre y la familia y ampliar la seguridad para superar las dificultades y desafíos. **Conclusión:** The requirement of relational, interpersonal and communication skills in professional, from an expanded care and care that goes beyond the prevalent as technical and technological dimension in intensive care make it necessary perspective.

**Descritores:** Enfermería. Comunicación. Noticias Difícil. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

## INTRODUÇÃO

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) caracteriza-se por constantes expectativas de situações de emergência, local onde o recém-nascido (RN) será constantemente submetido a procedimentos invasivos e sujeito a riscos de complicações e mudanças súbitas no estado geral. Diante disso, é frequente que os familiares sejam abordados pelos profissionais de saúde com informações que poderão ser traduzidas como más notícias.<sup>1</sup> Portanto, o diagnóstico de risco, o risco de morte, de incapacidades, de agravamento do quadro clínico, de prognósticos, entre outras situações, fazem parte do processo terapêutico e do cuidado em UTIN. No entanto, comunicar essas situações à família é um fenômeno complexo, difícil e, muitas vezes, constrangedor, apesar de

corriqueiro, ao mesmo tempo que se revela como tarefa/ação/atitude dos profissionais no processo de cuidar.

Tal como aparece em Leitão e Araújo,<sup>2</sup> a notícia difícil inclui situações que constituem ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam. Desse modo, o termo notícia difícil designa qualquer informação transmitida aos familiares dos pacientes que implique alguma alteração negativa na vida destes.<sup>3</sup> Sob essa perspectiva, valorar como má o tipo de notícia não é o conteúdo da mensagem em si, mas a experiência ou expectativa com esse tipo de mensagem, bem como a forma do anúncio, o momento em que ele será feito e as consequências que poderão produzir.<sup>4</sup>

Concomitante a estas questões, o Ministério da Saúde instituiu em 2003, a Política Nacional de Humanização, cujo eixo estruturante é a horizontalidade das relações, o vínculo e a escuta sensível como estratégias para romper com o modelo biologicista e técnico de atenção à saúde e da valorização do outro como sujeito de direitos. Assim, os avanços nos processos de cuidados refletem diretamente em mudanças na valorização da vida, quando são considerados os valores morais, éticos e humanos,<sup>5</sup> condição que nos faz repensar o processo de comunicação da notícia difícil no contexto do cuidado ao recém-nascido de alto risco.

Compreende-se que os profissionais são os primeiros destinatários das notícias difíceis, pois são os que acessam essa informação por meio de resultados de exames, da terapêutica e da evolução clínica da doença. Nessa perspectiva, os profissionais precisam processar essas informações em curto espaço de tempo e comunicá-las à família. Além das questões referentes às patologias, os profissionais se deparam com situações rotineiras que, na verdade, são notícias difíceis, como, por exemplo: extubação acidental, perda do acesso venoso, retardo nos processos de suporte terapêutico, morte do recém-nascido, falta de medicações, redução da equipe de trabalho em decorrência de faltas, licenças e férias, quebra de vínculos com a equipe e com a família, além de condições sociais e emocionais desta. Portanto, os profissionais experimentam elevada carga de notícias difíceis. São situações que revelam a ênfase da Política Nacional de Humanização traduzida como produto de transformações reais em sujeitos e serviços,<sup>6</sup> que sugerem produzir ambientes transformadores das práticas de saúde, assim como de sujeitos e coletivos.

Logo, vivenciar cotidianamente essas situações na UTIN, altamente intensificadas por tratar-se de crianças, e por gerarem sofrimento para a família e para os profissionais, associados aos níveis crescentes de adoecimento, são caracterizadas como extremas. Quanto ao último aspecto, ressalta-se que as experiências vivenciadas pelos profissionais no processo do cuidar do recém-nascido (RN) de alto risco são, na maioria das vezes, mantidas na sua intimidade e que raramente são compartilhadas nos espaços institucionais, restringindo-se, via de regra, a confidências com amigos mais próximos. Na convergência do acima referido, os profissionais são “desa-

fiados nas suas competências e isolados nas suas responsabilidades individuais<sup>27,31</sup> e, assim, vivenciam esses limites no âmbito privado, tendo um modo peculiar de vivenciá-los.

Destaca-se ainda nessa problemática, o pouco preparo dos profissionais para comunicação de notícia difícil aliado ao suporte emocional das famílias, o que pode gerar silêncios, comunicações abruptas de diagnósticos, prognósticos, condutas terapêuticas, entre outras, com sérios prejuízos à relação terapêutica entre profissionais e a família. Tais circunstâncias desencadeiam reações de enfraquecimento e insegurança permeadas pelas significações atribuídas aos momentos vividos<sup>1</sup> tanto por profissionais como pelos familiares.

Dessa maneira, na comunicação de notícias difíceis, os profissionais são atores que agem tendo em conta suas próprias percepções, concepções e, por isso, definem e determinam intencionalidades e práticas. Portanto, o ponto de partida desta investigação associa-se à racionalidade dos atores, assim como aos contextos, situações e acontecimentos que emergem do processo de adoecimento do recém-nascido em UTIN e das práticas de cuidado que envolve o RN, a mãe e a família.

Com base nessas reflexões, o objeto desta pesquisa delimita-se pela temática da notícia difícil no contexto da UTIN e pelas experiências vivenciadas pela pesquisadora como Enfermeira assistencial nesse nível de atenção à saúde e ainda por todas as mudanças ocorridas em defesa da humanização das práticas e da valorização da vida, que envolve tanto processos e atitudes pessoais como a gestão do trabalho. São vivências/experiências que induziram a elaboração dos seguintes questionamentos: Que habilidades relacionais e comunicacionais qualificam e humanizam o processo de comunicação de notícias difíceis na terapia intensiva neonatal?

Preocupar-se com a temática da notícia difícil em UTIN é, pois, aproximar-se da proposta da Política Nacional de Humanização, compreendendo-se que “humanizar é poder propiciar mudanças concretas em todos os envolvidos nas práticas de saúde, mudanças que se operam tanto nos sujeitos como na gestão do trabalho.”<sup>26,48</sup> Ademais, é uma questão que envolve a interação, ou, por outro lado, a dissociação entre o curar e o cuidar. É também uma questão que aproxima os sentidos do cuidado pela ética, pela responsabilidade, pelo respeito e pela dignidade, caracterizados como importantes operadores do cuidado humano.

Diante do exposto, este estudo objetivou compreender, a partir da verbalização de mães e profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, as dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## MÉTODOS

Trata-se de investigação do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa realizada no serviço de neonatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), Unidade Materno Infantil em São Luís/MA que faz parte do Complexo Hospitalar da referida instituição.

Foram participantes da pesquisa aqueles diretamente envolvidos com o fenômeno da comunicação de notícias difíceis, profissionais da UTIN e mães de recém-nascidos ali internados. Nesse sentido foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ser profissional da UTIN, independente da categoria, com experiência no serviço igual ou superior a seis meses; ser mãe de RN com idade igual ou superior a 18 anos, que esteja ou tenha vivenciado a hospitalização do RN na UTIN; estar em condições físicas, emocionais e psicológicas para estabelecer um diálogo e ser um interlocutor com boas condições de verbalização.

Indutivamente, a coleta de dados foi iniciada pelas mães e, em seguida, por profissionais do serviço de Neonatologia. Foram participantes de pesquisa 10 mães de recém-nascidos de alto risco e 14 profissionais que prestam cuidado a esta clientela na UTIN (5 enfermeiras, 2 fisioterapeutas, 3 médicas e 4 Técnicas de Enfermagem). Essas características definiram os sujeitos como um grupo heterogêneo, condição importante para a pesquisa qualitativa que prioriza essa condição para o processo de validação interna das informações coletadas.

Para garantir o anonimato, a identificação dos participantes da pesquisa foi feita por meio da letra M (letra inicial da palavra mãe), seguida de um algarismo correspondente a ordem das entrevistas (M 1...M 10) e P (letra inicial da palavra profissional), seguida do algarismo correspondente a ordem de entrevistas (P 11...P 24).

As mães participantes da pesquisa eram jovens com idade entre 18 e 27 anos (70%) enquanto 30% tinham idade igual ou maior que 30 anos sendo 38 a maior idade entre elas. Possuíam situação conjugal estável e 50% estavam inseridas no mercado de trabalho com vínculos formais, 25% eram estudantes e 25% eram do lar. Quanto ao tipo de parto os percentuais foram os mesmos para cesáreo e normal (50% cada), idade gestacional entre 27 e 41 semanas e apresentaram como problemas na gestação e parto que indicaram o diagnóstico de internação na UTIN: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), bolsa rota, Prematuridade (PMT), Descolamento prematuro de placenta (DPP), Trabalho de parto prematuro (TPP), Oligohidrânio, Infecção do trato urinário (ITU), anóxia grave e malformações congênitas.

Entre os profissionais entrevistados, três eram médicas, duas fisioterapeutas, quatro Técnicas de Enfermagem e cinco enfermeiras distribuídas nas faixas etárias entre 27 e 52 anos, com tempo de serviço em UTIN entre dois e 30 anos e tempo decorrido do curso de graduação entre três e 32 anos, portanto, com significativa experiência profissional. Todos os

profissionais de nível superior possuíam especialização e/ou residência em Neonatologia.

As entrevistas com as mães e profissionais foram efetuadas por meio de convite feito pessoalmente e, não sendo seguida nenhuma ordem rígida para convidá-los. Levou-se em consideração o ajuste dos horários e datas, com vista à disponibilidade assim com a manifestação de interesse pela pesquisa. Vale ressaltar que houve boa receptividade por parte das mães e profissionais, manifestada tanto na prontidão em aceitar o convite, como na disponibilidade para iniciar a entrevista. Dos convites por mim realizados, apenas um profissional negou sua participação na pesquisa.

Algumas entrevistas precisaram ser remar cadas. Duas delas devido à piora clínica do recém-nascido e uma devido à demanda de intercorrências na UTIN não permitindo ao profissional tempo para a entrevista. Ademais, duas entrevistas aconteceram em dois momentos devido ao estado emocional das mães. Nesse último aspecto, a pesquisadora previu um espaço de tempo e proporcionou, de imediato, suporte profissional às mães com uma parceria com o psicólogo da unidade. As entrevistas foram realizadas em locais distintos, no intuito de preservar a privacidade dos participantes, tais como a sala de atendimento à família (16 entrevistas), o repouso médico (quatro entrevistas) e a sala de atendimento para a realização do teste da orelhinha no ambulatório de seguimento da UTIN (quatro entrevistas), situados nas dependências da instituição.

Para conduzir a coleta de dados foi utilizada a entrevista não-estruturada ou aberta de modo a explorar de maneira mais ampla o objeto da investigação. Para a entrevista com as mães foi utilizada a seguinte solicitação motivadora para a verbalização: Fale como foi para você receber as notícias ruins sobre o seu(sua) filho(a) enquanto esteve/está na UTIN? Para alcançar maior densidade e explorar mais profundamente o fenômeno sob investigação, foram utilizadas perguntas circulares, tais como: como foi dito? Fale mais sobre isso. Você pode falar um pouco mais sobre isso?

O processo de coleta de dados com os profissionais seguiu a mesma estrutura embora com questionamentos diferentes: Fale sobre suas experiências na comunicação de notícias difíceis na UTIN. Da mesma forma, foram utilizadas as perguntas circulares para maior densidade e aprofundamento do objeto em estudo tais como: na sua opinião o que qualifica a comunicação de notícias difíceis? Que estratégias devem ser utilizadas pelos profissionais na comunicação de notícias difíceis?

O projeto de pesquisa foi apresentado, primeiramente, à Chefia imediata da UTI-Neonatal e à Supervisão e Divisão de Enfermagem do HUUFMA. Depois foi encaminhado à Comissão Científica (COMIC) do HUUFMA para análise e emissão de parecer, com protocolo de número 001821/2013-90 em 19 de abril de 2013 sendo aprovado com o número de parecer 40/2013. Em seguida, foi inserido na Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética em 30 de agosto de 2013, sendo homologado sob o parecer de número 405.099, em 24

de setembro de 2013. Para a realização desta pesquisa, foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012. Após concordância dos participantes para colaborar com a pesquisa, os mesmos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com os participantes.

O processo de coleta de dados foi iniciado em novembro de 2013 e concluído em janeiro de 2014, quando a qualidade e a densidade das informações obtidas possibilitaram aprofundamento do tema e o alcance do objetivo da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e gravadas em aparelho de MP3, com autorização prévia do entrevistado, ou seja, antecedidas pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após cada entrevista, a pesquisadora realizava a transcrição, no mais breve período de tempo. Em seguida, foi entregue uma via impressa da entrevista a cada um dos participantes para que os mesmos validassem o conteúdo para assim atender ao critério de confiabilidade dos dados. Esta validação foi muito importante para o enriquecimento dos dados, pois além de esclarecer dúvidas que foram surgindo ao longo das transcrições, os entrevistados puderam alterar e/ou acrescentar algo ao conteúdo anteriormente transcrito.

Os dados foram interpretados e analisados a partir do referencial da Análise Temática proposto por Minayo,<sup>8,316</sup> que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significuem alguma coisa para o objetivo analítico visado.”

A análise temática subdivide-se em três etapas:<sup>8</sup> a primeira é a pré-análise que consiste na seleção inicial do material a ser analisado conforme os objetivos do estudo na busca de informações que indiquem o caminho da interpretação final. Esta fase é dividida em subfases: Leitura flu tuante: nessa etapa, os dados coletados nas entrevistas foram transcritos, organizados, lido e relidos até que fosse possível a impregnação do seu conteúdo. Constituiu *corpus da pesquisa* 24 (vinte e quatro) entrevistas definidas a partir dos critérios de validade, dentre as quais a exaustividade, representatividade, homogeneidade e a pertinência. Na exaustividade, procurou-se contemplar todos os aspectos levantados nas entrevistas, buscando-se verificar se os participantes tinham respondido às questões propostas. Na representatividade buscou-se compreender as falas dos sujeitos contendo características essenciais do universo pretendido. Em relação à homogeneidade procurou-se que em todas as questões feitas aos entrevistados aparecessem a temática principal do estudo e a pertinência em busca de que os documentos analisados fossem adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho. Nesta fase pré-analítica, determinam-se os núcleos de sentido (palavras-chave ou frases), unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise. Nessa etapa do processo de análise emergiram 258 núcleos de sentido. A segunda etapa compreendeu a exploração do material onde

os dados brutos foram trabalhados a partir da compreensão do texto e com os núcleos de sentido. Inicialmente procedeu-se à seleção dos núcleos de sentido no texto (uma palavra, uma fala, um tema), de acordo com o que foi determinado na pré-análise. Nesta etapa evidenciaram-se os temas que foram selecionados após várias leituras e releituras e que apresentavam semelhanças. A terceira etapa corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, momento em que o pesquisador aprofunda a análise dos temas a partir das inferências, interpretações e evidências emergentes nos processos investigados.

## RESULTADOS

Para esta publicação será apresentado um dos Temas construído e desenvolvido na Dissertação de Mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSEFA) intitulada “Molduras da comunicação de notícias difíceis em UTI Neonatal: sentidos do presente, reflexos para o futuro”. O referido tema foi nomeado Dimensões Qualificadoras para a Comunicação de Notícias Difíceis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal definido a partir da organização de 258 núcleos de sentido e deram origem a dois subtemas: Estratégias Auxiliadoras no/para a Comunicação de Notícias Difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Elementos Estruturais para a Comunicação de Notícias Difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que nos ajudaram a compreender os fatores que moldam a relação dos mesmos para a comunicação de notícias difíceis no contexto da terapia intensiva neonatal.

*Tema:* Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Ao vislumbrar as Dimensões Qualificadoras para a Comunicação de Notícias Difíceis, considera-se que os pais, em especial as mães de recém-nascidos internados em UTI se encontram em situação de tensão emocional e de crise em potencial.<sup>9</sup> Além do ambiente desconhecido, as mães e os demais familiares se tornam dependentes dos profissionais para ser capaz de lidar com a situação e de se familiarizar com a condição e o cuidado do filho. Portanto, a comunicação entre as mães, a família e os profissionais é uma dimensão essencial do cuidado em terapia intensiva neonatal.

Sob essa perspectiva, a compreensão da comunicação de notícias difíceis em UTIN foi revelada pela necessidade de dimensões qualificadoras e como instrumento essencial para o cuidado. A comunicação na UTIN foi aos poucos se configurando como requisito imprescindível no processo de cuidados tendo como objetivos a redução do estresse e ansiedade da mãe e da família e como estratégia para melhorar as relações entre mães, família e profissionais. Dentre as dimensões qualificadoras, tanto as mães como os profissionais, apontaram que a comunicação em UTIN precisa ser

ao mesmo tempo, reconfortante e respeitosa; que promova confiança e que os profissionais, em momento preliminar ao anúncio de notícias difíceis, sejam sensíveis para identificar padrões de comportamento, das condições e do conhecimento das mães e da família sobre a doença e a situação da criança e que colaborem na promoção de uma rede de suporte para apoiar a mãe, a família e o cuidado à criança.

*Subtema:* Estratégias Auxiliadoras no/para a Comunicação de Notícias Difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A utilização de estratégias auxiliadoras no/para a comunicação das notícias difíceis na UTIN foram reveladas nas falas dos participantes da investigação como facilitadoras para o processo de interação entre profissionais, mães e famílias, permitindo nesse tipo de comunicação, reduzir o sofrimento dos envolvidos, favorecer apoio e suporte à mãe e à família e ampliar segurança para ultrapassar dificuldades e desafios.

Comunicar à mãe e à família sobre o estado crítico de um recém-nascido pré-termo e de baixo peso constituiu-se como tarefa complexa e que suscita a utilização de mecanismos de apoio. Dentre as estratégias reveladas, a sondagem prévia do conhecimento dos familiares quanto à real situação do(a) filho na UTIN, as suas condições emocionais e, o início do diálogo, por meio de uma abordagem criteriosa, foram mencionadas como estratégias fundamentais para o processo de comunicação de notícias difíceis:

*“Eu tento primeiramente me identificar para a família ao anunciar uma notícia difícil. Tento iniciar um diálogo ao me aproximar do familiar do recém-nascido e depois começo a falar das possibilidades desse bebê [...] eu começo a falar detalhadamente das características dele em seguida começo a falar das notícias difíceis. [...] vejo o ambiente em que a mãe está, suas condições, para que eu possa prepará-la para iniciar esse diálogo.” (P 15)*

*“Na primeira abordagem de dar uma notícia ruim, eu pergunto o que ela já sabe sobre seu bebê e, às vezes, ela mesma já diz sobre o estado do seu filho. Eu vejo nos olhos dela que eu tenho que ir devagar, que eu não posso dizer que o bebê tenha um prognóstico reservado. [...] dizer alguma coisa dependendo do que eu perceba no semblante dela. Eu vejo muito o estado emocional da mãe.” (P 18)*

Segundo os relatos, para a comunicação de notícias difíceis, há por parte dos profissionais um cuidado direcionado ao receptor, que na maioria das vezes, são as mães. De maneira geral os protocolos para comunicar notícias difíceis estão conformados em passos que reúnem o entorno, a percepção do paciente, a comunicação, a empatia, e a estratégia. Dentre as orientações existentes destaca-se o Protocolo SPIKES, que descreve de maneira didática os passos para a comunicação de notícias difíceis, dentre os quais o preparo

dos profissionais para o encontro, a percepção do paciente e o convite para o diálogo.<sup>3</sup> São orientações gerais sobre como sistematizar a comunicação de notícias difíceis, que se coadunam com as posturas reveladas nesta investigação.

Estes achados são também relevantes, pois esta postura de cuidado em relação a quem receberá a notícia é fundamental para as relações e interações futuras entre profissionais, mãe e família e para a continuidade do cuidado.

Mas, na contemporaneidade, o desenvolvimento de competências e habilidades para comunicação de notícias difíceis tem sido pouco valorizado e a prática nesse domínio se faz baseada em conselhos e na aplicação de protocolos.<sup>10</sup> Por outro lado, os protocolos são roteiros fechados e, que por isso, não atendem às necessidades de diferentes regiões e culturas, mas podem apontar a legitimação de competências para o processo comunicativo. Entretanto, representam uma estrutura para organizar e valorizar a comunicação possibilitando autonomia e protagonismo à família nos processos decisórios da doença e da terapêutica da criança.<sup>11</sup>

Tem-se hoje um consenso de que há mais de uma maneira adequada na comunicação de notícias difíceis, pois as pessoas e suas necessidades se diferenciam, por isso “não há receitas prontas para a comunicação de notícias difíceis.”<sup>12:166</sup> Para o autor,<sup>12</sup> cabe aos profissionais se valer de metodologias capazes de alcançar várias possibilidades, tendo em vista a necessidade de uma atividade dual, que por um lado pudesse lidar com questões singulares da relação médico-paciente e do outro as necessidades do paciente e de sua família. Em função disso o autor sugere alguma sustentação teórica da área da competência comunicacional, mas, sobretudo, que a comunicação seja compreendida como um encontro intergrupar que envolve as diferenças de poder, autoridade e autonomia e, ao mesmo tempo, de proximidade, reciprocidade, compromisso e respeito que ultrapassa o enfoque normatizador de um protocolo. Para tanto, parece necessário buscar estratégias criativas e inovadoras para a comunicação de notícias difíceis, utilizando como ponto de partida a revisão das práticas impositivas e hierarquizadoras dos serviços de saúde e das relações profissionais com usuários e clientes.

Discutindo um pouco mais sobre as estratégias auxiliadoras para a comunicação de notícias difíceis, há necessidade dos pais serem auxiliados pelos profissionais na primeira visita ao filho na UTIN para que esse momento seja vivenciado de forma menos traumática.<sup>13</sup> Um dos motivos que justifica essa intervenção pauta-se na assertiva de que a perda da experiência do nascimento de um filho saudável é altamente estressante e traumático para os pais, pois estes tinham uma expectativa de que o nascimento do filho seria uma grande festa, condição negada pela atual realidade. Os pais, em especial as mães, ao desenvolver relações com os profissionais funcionam como estratégias para gerenciar a experiência e que a equipe é fundamental para a normalização dessa experiência.<sup>14</sup> Dessa forma, é fundamental que a equipe que assiste o familiar possa proporcionar oportuni-

des, intermediar e favorecer o encontro da mãe com o filho como revelado na fala:

*“Quando cheguei na UTI pela primeira vez a enfermeira disse que eu tinha de lavar as mãos, que poderia tocar no bebê, passar o dia todo na UTI e várias outras informações sobre o problema do bebê. Essa pessoa foi bacana comigo, ela soube explicar [...]. Tive atendimento com a psicóloga e assistente social.” (M 4)*

Essa fala aponta uma das estratégias na comunicação de notícias difíceis – a humanização – configurada como base que sustenta o cuidado, aproxima e valoriza as pessoas na sua individualidade e necessidades. A humanização se faz presente quando o profissional é capaz de exercitar o olhar sensível e com habilidades relacionais, comunicacionais e humanas que transforma o cuidado como algo peculiar, pois envolve alma e sensibilidade.<sup>15</sup>

O apoio e suporte aos familiares são fundamentais no processo de enfrentamento do adoecimento, na busca de aceitação, conformação, fortalecimento ou de restabelecimento do filho na UTIN. De modo que ao receber a família o profissional deve oferecer condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde,<sup>16</sup> são atitudes que refletirão e influenciarão na comunicação e nas relações durante a hospitalização.

O grupo de suporte configurou-se como importante estratégia para satisfazer as necessidades de informações e apoio emocional para familiares de pacientes internados em UTIN.<sup>17</sup> Esse apoio é fundamental no processo de enfrentamento, na busca de aceitação, conformação, fortalecimento ou de restabelecimento do filho. Para que isso aconteça o profissional, ao receber a família, deve oferecer condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações dos pais, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde, procurando dar ênfase à criança ao invés do equipamento ou doença.<sup>16</sup> A esse respeito, as falas revelam o apoio dos profissionais e, demonstra o quanto tais posturas são relevantes e representativas para aqueles que recebem ou comunicam a notícia difícil:

*“A psicóloga da UTI conversou comigo porque eu estava mesmo revoltada eu estava meio à flor da pele, eu choro à toa, chorava por tudo pelo fato de ver a minha filha naquela situação.” (M 2)*

*“Me preocupo como essas famílias vão receber uma notícia difícil. [...] e antes tem que conhecer quem é essa família. Acredito que por sermos uma equipe interdisciplinar devemos chegar a um consenso de como essa notícia vai ser dada. Vejo médicos falando aos pais sobre a patologia do bebê, o que pode acontecer, o que levou às complica-*

*ções, ou seja, tentam levar as notícias de uma forma mais flexível.” (P 16)*

No reconhecimento e valorização desse apoio decorrente do contato entre o profissional e o familiar e por meio de informações, os serviços de Neonatologia, inclusive o local onde a investigação foi realizada, tem investido na estratégia de realização de atendimento individual e de reuniões para esclarecimento de dúvidas (Esclarecendo Dúvidas). Esses atendimentos favorecem espaço de comunicação para que os familiares possam compartilhar seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas quanto às condições de saúde do filho. No conjunto de falas, os entrevistados revelam a existência desses momentos e, reforçam a importância desses espaços:

*“Na reunião esclarecendo dúvidas que cada um pergunta o que quer saber, também foi dito que tinha uma infecção e que o tempo da medicação era de 45 dias, o antibiótico.” (M 2)*

*“A gente vai por etapas, ou seja, não chegar e despejar tudo sobre o bebê de uma vez. Tem todo um contexto, etapas que a gente atinge e que chega um momento em que a gente convida para ter uma conversa mais detalhada sobre o prognóstico do bebê. Isso acontece em um momento com a psicóloga, com a assistente social, em uma salinha reservada para a família.” (P 23)*

A existência de uma rede social de apoio (familiares, amigos e profissionais) foi caracterizada como importante estratégia para o processo de comunicação de notícias difíceis. A rede de apoio, por meio da compaixão, da solidariedade e da confiança possibilita o fortalecimento dos familiares contribuindo positivamente para o enfrentamento da situação.<sup>18</sup> Essa recomendação pode ser estendida a todos os momentos que envolvem comunicações que afetem os familiares psicologicamente e/ou a aspectos fundamentais de sua vida.<sup>19</sup> Portanto, a rede de suporte social se constitui em expressivo fator de proteção àqueles que vivenciam o processo de notícias difíceis:

*“Eu acho que se não tivesse ela aqui (técnica de enfermagem) eu não teria tido apoio e eu teria perdido totalmente o rumo. Aqui tem muitas pessoas humanas, acolhedoras, mãe mesmo! Acho que nem ela percebeu que foi um momento de ajuda muito boa, veio um conforto bom.” (M 8)*

*“Muitas vezes, quando a mãe tem dificuldade de assimilar o que está acontecendo é importante que seja chamada a família. Às vezes, o pai ou outro familiar tenha uma compreensão melhor e são as pessoas que vão ajudar quando forem para casa. [...] Se tentássemos englobar a*

*família, preparar essa família [...] essas notícias seriam interpretadas de forma não tão ruim.” (P 16)*

A pesquisa de Gooding et al.,<sup>20</sup> cuja temática entrelaça suporte familiar e o cuidado centrado na família em UTIN, aponta que o suporte de uma família para outras famílias pode ser uma fonte valiosa de informação, esperança e apoio, em especial quando o contato é feito com familiares cujas crianças têm ou tiveram condição semelhante. Enfatizam que as contribuições dessa estratégia são positivas para o enfrentamento do processo da doença, do tratamento e da hospitalização. Outra estratégia defendida pelos autores se dirige para a educação dos familiares no tocante ao ambiente da UTIN, às condições do bebê, o luto, as experiências na UTIN e a transição para a alta, pois reduzem o estresse e aumentam a confiança da família. Sob esse aspecto, destaca-se a importância de áreas comuns para os pais como estratégia positiva para o estado emocional dos mesmos, pois possibilitam apoio e alívio da solidão por meio do compartilhamento de experiências.<sup>21</sup>

Dentre as estratégias, o fornecimento de boletins diários e o acompanhamento diário dos familiares por um profissional de referência, foram destacadas como expectativas de mães e profissionais, que as entendem como ferramentas para a comunicação de informações sobre as condições clínicas da criança, assim como a necessidade e agendamento de recursos terapêuticos e cirúrgicos, pois facilitariam a compreensão e o acompanhamento diário da criança pela mãe e pela família:

*“É importante deixar a mãe ciente do que está realmente acontecendo com seu filho. Deveria ser dado um parecer diário para a família, como uma rotina. As mães, muitas vezes, só sabem que seu filho está pior ou melhor quando busca informações. Isso é muito ruim. Deveria haver um boletim diário para que elas (as mães) ficassem sabendo de tudo, dia após dia. Acho que assim, ao receber uma notícia difícil o choque não seria tão forte. O boletim diário, na minha opinião, é um preparo [...]. Se a mãe está acompanhando diariamente e recebendo informações diárias tudo seria mais fácil. [...] Acho que deveria ser parte da rotina do serviço.” (P 16)*

*“Talvez o que a gente esteja precisando seja de uma pessoa mais próxima, de forma que as mães possam procurar essa pessoa em específico e não uma médica diferente a cada dia. Tendo um médico acompanhando a mãe passa a ter uma referência. Essa referência para a mãe é importante. As intercorrências são do plantonista, as mães tem de saber do plantonista o que ocorre naquele momento, mas estou achando que as mães estão muito soltas. Por isso é importante ter um acompanhamento diário.” (P 18)*

Designar uma pessoa como referência e suporte para a família demonstrou ser altamente eficaz, pois estas pessoas ajudam os pais a sentirem-se menos estressados, mais informados, confiantes e preparados para o processo de hospitalização e para a alta.<sup>22</sup> Para os autores, essa estratégia se revestiu em benefícios para o pessoal da UTIN e para a qualidade dos cuidados nesse ambiente.

No gerenciamento do cuidado da criança em UTIN os pais devem receber informações frequentes sobre a condição da criança, incluindo o prognóstico realista com base na condição clínica e nas capacidades dos cuidados neonatais.<sup>20</sup> Os autores<sup>20</sup> defendem que para manter os pais informados e envolvidos na UTIN é importante a realização dos *rounds* como estratégia para ajudá-los a compreender melhor a condição da criança e de compartilharem suas próprias perspectivas sobre a evolução do filho. Isso faz aumentar a satisfação dos pais, pois vivenciam o tempo que a equipe dedica de atenção tanto com a criança como com a família, e, sobretudo, sentem-se respeitados pelos profissionais.

No discurso dos participantes os conteúdos da religiosidade foram desvelados como forte estratégia tanto para a comunicação como para o enfrentamento de notícias difíceis. A crença é capaz de atribuir um sentido ao sofrimento independentemente de religião, proporciona a autoconfiança no cuidador e gera esperança na recuperação da saúde.<sup>18</sup> É uma estratégia que pode auxiliar os atores envolvidos no cotidiano da UTIN:

*“Eu sei que só Deus pode fazer por ela. Eu pedia para Deus porque Ele podia e pode me confortar, fortalecer e dá meu bebê, que me deu até hoje e, para contrariar o que a médica me falou, hoje ela tem seis anos e sete meses.” (M 1)*

*“Eu me embaso muito pelo que eu vivo, eu sou cristã, eu falo, prego e falo muito do amor de Deus para as mães e o que Deus tem planejado para cada um de nós e que todos os acontecimentos pode ser uma passagem. Digo que elas podem buscar sua religiosidade para se fortalecerem.” (P 16)*

O sentimento de insegurança frente ao desconhecido, o medo da morte e de incertezas quanto ao futuro, reforçam a estratégia da religiosidade e da espiritualidade no contexto da UTIN. A fé em Deus possibilita o desenvolvimento da esperança e de perspectivas de dias melhores e favorece a resignação,<sup>23</sup> portanto, minimizando o impacto das notícias difíceis. De outro modo, a religiosidade e a espiritualidade são recursos que devem ser estimulados nos espaços dos serviços de saúde por contribuir para a dinâmica do trabalho cotidiano e como potencializadores das relações interpessoais e mediadoras no processo saúde-doença.<sup>23,24</sup>

A religiosidade e a espiritualidade possibilitam maior controle sobre as vidas e contingências do processo de viver,

assim os sujeitos passam a lidar com maior tranquilidade. O contrário, isto é, a ausência dessa ferramenta é fator gerador de angústia e ansiedade.<sup>25</sup> Assim, acreditar e colocar o controle dos fatos e acontecimentos nas mãos de Deus é fator que reduz o estresse e a ansiedade. Sob essa perspectiva, a religiosidade e a espiritualidade ajudam a dar significado às experiências de doença e morte e mostram-se como condutoras de comportamentos para um estado de adaptação e ajustamento e de renovação de energia para que os envolvidos identifiquem recursos e aprendam a lidar com as situações. É, portanto, estratégia de suporte para mães e famílias e profissionais que lidam com situações extremas que permeiam a vida e a morte.

As notícias difíceis por ser uma tarefa complexa, os profissionais da UTIN local em que a investigação foi realizada, revelaram a valorização do trabalho interdisciplinar emergindo a necessidade no compartilhamento de responsabilidades para a tomada conjunta de decisões em relação à comunicação de notícias difíceis:

*“Trabalhando em equipe, cada um vai dando a sua contribuição para esse momento. Refletir juntos como devemos dar essas notícias, qual a melhor forma, envolvendo todos da equipe, para que a gente consiga conviver melhor e também podendo levar essas notícias de uma forma melhor para os pais que precisam desse suporte.” (P 11)*

*“Tentar montar rodas de conversas, expondo e tentando escolher um melhor caminho. Sei que não existe um melhor caminho escrito, uma coisa já feita, um protocolo, uma receita, por isso, as discussões em grupo levam a tirar dúvidas, a fazer com que o profissional adquira uma postura que não tinha antes.” (P 15)*

As notícias difíceis são atos multidimensionais que deve envolver a equipe multidisciplinar.<sup>26</sup> Nesse sentido, a autora enfatiza que o trabalho em equipe só acontece quando este é produto de um conjunto de princípios, tais como: respeito, compreensão, valorização do papel do outro, confiança, comunicação circular e mecanismos de *feedback* e de avaliação. E como processo contínuo e sistemático para garantir acesso a informação justa, coerente, sem contradições e ambiguidades, é necessário que todos os profissionais de saúde funcionem como equipe sendo imprescindível o processo de comunicação eficaz.

As notícias difíceis tornam-se indubitavelmente mais complexas quando envolvem o óbito. Sabe-se, igualmente, que o profissional de saúde, em seu cotidiano, lida com situações de sofrimento, tendo a morte como elemento constante e presente. Em situação de comunicação de óbito, os profissionais devem perceber e sensibilizarem-se com as expressões de sentimentos dos familiares conduzindo essa comunicação de forma humana, pois o modo de comunicar o óbito influencia diretamente no processo de aceitação da morte do



recém-nascido por parte dos familiares.<sup>27</sup> Nessa perspectiva, as estratégias reveladas para que se desenvolva o processo de comunicação de óbito no contexto da UTIN, envolve todo um processo para permitir o acolhimento dos familiares:

*“A gente tenta trazer os pais, na medida em que eles se sintam preparados para isso ou que esbocem o desejo de estar aqui nos últimos momentos do bebê. Já tivemos experiências de mães que colocaram o bebê no colo, podendo participar de todo o processo.” (P 23)*

Dada a delicadeza desse momento, a preferência pela comunicação não-verbal diante de situações de óbito foi descrita pelos profissionais como estratégia relevante, que permite para além do apoiar, o sentir-se apoiado:

*“Quando se trata de óbito na UTI eu não consigo falar muito com os pais, sou mais de dar um abraço.” (P 11)*

*“Procuro deixar a família desenvolver o processo de dor, de luto com os familiares e, se não tem nenhum familiar acompanhando, fico mais tempo ao lado, ofereço uma cadeira. A minha postura é ficar ao lado, talvez um toque, um afago. Preservar o momento do luto. [...] tem profissionais que ficam na bancada tentando manter o silêncio, outros ficam do lado do familiar tentando velar, consolar.” (P 20)*

O profissional de saúde em contato com o sofrimento nas suas mais variadas dimensões vive e experimenta conflitos sobre como se posicionar em face da dor.<sup>28</sup> Diante de fatos e dificuldades reprimem emoções e experimentam estados ambivalentes por onde permeiam sensibilização, aproximação, empatia e distanciamento. Tanto a dor como o sofrimento<sup>29</sup> situa-se no campo da técnica e da ética e como tal sugerem interfaces de ordem física, psíquica, social, espiritual e, por vezes, emergente de cuidados dos profissionais de saúde. Sob esse ponto, o sofrimento suscita compaixão que significa “empatia traduzida em ação solidária”<sup>29:296</sup> e também respeito para assim considerar a pessoa não simplesmente como corpo, mas “como um todo uno, um nó de relações”<sup>29:296</sup>. Parece tratar-se do pleno exercício da cidadania no âmbito dos cuidados e dos serviços de saúde onde a ação de cuidar fomenta possibilidades e capacidades na qual os envolvidos constroem-se como pessoas. Nesse sentido, as experiências pessoais dos profissionais com notícias difíceis, foram compreendidas como facilitadoras para a condução desse processo na UTIN:

*“Cada um age de uma forma ao anunciar as notícias difíceis. Quando não se tem uma noção de como deva ser feito, se age da maneira como é a pessoa, do que trouxe de casa, ou seja, como lida com as notícias difíceis fora do*

*hospital. Eu ajo lá fora do jeito que ajo aqui, porque eu não tive outro preparo.” (P 14)*

*“Com a minha vivência desses anos todinhos, e também por já ter recebidos notícias difíceis, já passei por isso, e eu sei que preciso olhar para o interlocutor, e chegar e explicar. Eu acho que você se sensibiliza com o sofrimento do outro quando você já passou por algum sofrimento. A minha concepção é que você sente mais, tem empatia com o sofrimento do outro, quando você já passou. Quando você nunca passou por essas situações fica muito difícil você ser empático com qualquer pessoa ou situação. Não que você seja insensível, mas porque já passou e sente melhor o problema do outro.” (P 21)*

Os profissionais utilizam suas experiências pessoais e profissionais, e estas conduzem ao julgamento no que se refere à decisão da melhor maneira e do momento para informar as mães acerca das intercorrências e alterações clínicas do recém-nascido. Ademais, a aprendizagem relativa ao manejo na comunicação de notícias difíceis se dá, na maioria das vezes, informalmente, por meio da observação de profissionais mais experientes, isto é, os profissionais aprendem com sua prática, independentemente de orientações.<sup>30</sup> Quando o profissional é mais experiente, hábil, acostumado a lidar com situações de gravidade com o cliente, aborda os familiares com gestos e olhares que demonstram mais facilidade para transmitir a notícia difícil. Já os profissionais com menos experiência têm mais dificuldade, porém tentam servir de apoio nesse momento.<sup>1</sup>

O convívio diário com a dor, a perda e a morte trazem ao profissional a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre são compartilhados. Assim, o profissional de saúde, em contato com o sofrimento nas suas diversas dimensões, associado a situações de estresse, precisam de cuidados.<sup>31</sup> A busca por apoio e cuidados psicológicos são estratégias auxiliaadoras para os profissionais:

*“A gente trabalha para dar vida e é difícil quando a gente não consegue e o paciente vai agravando e a gente se sentindo incapaz por não ter dado conta de reverter o quadro. [...] a gente vai trabalhando, se preparando para não sentir tanto. Eu faço análise para me ajudar nesses pontos. Tem me ajudado muito.” (P 24)*

Para tanto, as notícias difíceis são para os profissionais entrevistados uma vivência complexa e delicada que demandam dos profissionais envolvimento e responsabilidades. Nesse contexto, algumas falas revelaram a necessidade da criação de espaço de convivência para a discussão entre os profissionais acerca dos problemas e dificuldades enfrentadas no processo de comunicação de notícias difíceis, como estratégia de apoio e acolhimento profissional:

*“Deveria ter um espaço para discussão, para saber como a equipe está principalmente para as pessoas novas que estão chegando.” (P 12)*

*“Montar rodas de conversas, expondo e tentando escolher um melhor caminho. [...] as discussões em grupo levam a tirar dúvidas, a fazer com que o profissional adquira uma postura que não tinha antes.” (P 15)*

*“Não pode ser só uma palestra para profissionais sobre o assunto, mas tem que haver um trabalho contínuo para trabalhar com os profissionais sobre as questões emocionais decorrentes do trabalho em UTI. Um trabalho para cuidar de quem cuida.” (P 24)*

No processo de cuidar de recém-nascidos e de suas famílias, será necessário significar a vida ultrapassando as atribuições técnicas e desenvolver a capacidade para compreender o ser humano nas suas histórias de vida, nas suas experiências, sentimentos e valores. Nesse sentido, os protocolos de comunicação fracassariam nas mãos de profissionais que entende a comunicação como acessório informativo, minimizando seu caráter relacional.<sup>29</sup> Essa afirmativa é importante, pois na relação terapêutica e na comunicação de notícias difíceis os profissionais consideram somente o componente verbal da comunicação. Entretanto, a comunicação não verbal como as expressões faciais, o olhar, os movimentos, a postura, os gestos, a distância e o contato físico são importantes estratégias e funcionam qualificando ou não a comunicação. Nesse sentido, a melhor forma de comunicar uma notícia difícil seria sentado ao lado do receptor (que nessa investigação é quase sempre a mãe) e em lugar reservado e privado de barulho e intervenção de outras pessoas.

*Subtema 2: Elementos estruturais para a comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*

Este subtema foi constituído por 143 núcleos de sentido que emergiram das falas dos entrevistados e, que contextualizaram a relevância de elementos que estruturam a comunicação de notícias difíceis na terapia intensiva neonatal. Dessa forma, as falas destacaram questões, que para os participantes da investigação, são importantes no contexto das vivências de quem comunica e de quem recebe tais notícias: informações claras e precisas; utilização de linguagem acessível e em tempo oportuno; a compreensão do estado emocional e das diferentes formas de reação dos pais; a formação do vínculo; a escuta; o acolhimento e a humanização. Ao destacarem esses elementos, os participantes enfatizaram, na verdade, as possibilidades envolvidas na comunicação e na compreensão das informações.

Nesse sentido, a compreensão dos familiares sobre o que está sendo anunciado depende de tempo para que assimi-

lem a notícia e que estas sejam adaptadas à sua capacidade intelectual, ao seu estrato social e a sua cultura,<sup>32</sup> permitindo assim provê-los de todas as informações a que têm direito e que importa considerar e respeitar.

Ao encontro dessas ideias, para comunicar uma notícia difícil, os profissionais devem desenvolver capacidade para saber ouvir os seus próprios sentimentos e dessa forma devem fazer contato com as experiências singulares do outro a fim de perceber seus limites e poderes e avaliar até onde ele necessita e pode saber.<sup>33</sup> Dessa forma, os profissionais participantes da investigação revelaram que, ao comunicarem notícias difíceis as singularidades e realidades dos que recebem devem ser valorizadas e respeitadas, pois interferem na forma como estas notícias são recebidas e assimiladas:

*“Lógico que vem a parte social a qual cada pessoa está inserida, a cultura, a religiosidade e várias coisas que influenciam.” (P 17)*

*“Ela chegou, não sei quem era, sei que era um profissional, fez perguntas e eu respondia onde moro, se era meu primeiro filho, nasceu assim por causa do que, e eu só respondia. Todo dia que eu chegava na UTI elas só falavam que ela (a filha) era muito prematura e que era muito grave porque era de 27 semanas. Só falavam isso.” (M 3)*

Estes fragmentos revelam que na comunicação de notícias difíceis existe uma dimensão que é existencial e que precisa ser considerada. Sob esse escopo o profissional deve prestar atenção aos sofrimentos das pessoas, às suas emoções e às suas crenças. Portanto, essa dimensão reveste-se de importância, não apenas por motivos humanitários, mas porque tem importante papel no processo terapêutico.<sup>34</sup>

Destaca-se que não há duas experiências exatamente iguais ao lidar com o adoecimento, e especialmente na forma como profissionais e mães a vivenciam. Há nesse processo duas vertentes: a doença (comum a todos) e a vertente existencial (experiências, sentimentos, crenças e emoções)<sup>34</sup> que são muito diferenciadas e precisam ser consideradas no percurso da atenção profissional. Os autores<sup>34</sup> resumiram estas dimensões ao afirmar que os profissionais de saúde, em especial o médico, interpreta a doença enquanto patologia física (nome da doença, inferências causais, quadro clínico, suposição diagnóstica e tratamento). A pessoa (quem vivencia a doença) interpreta em termos de experiência (como é ter essa doença? Esse exame é necessário? Será necessário fazer esse procedimento?). Portanto, são diferentes perspectivas para a mesma realidade que acarretam atitudes e reações heterogêneas e diversas quando considerados os atores envolvidos: de um lado os profissionais e do outro as mães. Sob esse aspecto, o fornecimento de informações é importante, mas a equipe deve aliar a elas o contexto da situação e as implicações para a mãe e família<sup>35</sup>, isto é, ao se comunicar partilha-se tanto o conteúdo como os significados

da informação, pois ambos são importantes para a tomada de decisão, condição que determina que a informação não deve ser unidimensional nem unidirecional,<sup>35</sup> daí a complexidade do processo que envolve a comunicação de notícias difíceis.

Outra questão a considerar são as diferenças de gênero. Mães e pais podem diferir em suas percepções, pois as suas necessidades são diferentes. Parece que as mães sentem necessidade de participar do processo de adoecimento e terapêutico do filho e de ter maior controle sobre os cuidados, enquanto os pais sentem-se seguros com a atenção da equipe. Entretanto, não é possível nesta investigação fazer tais inferências, pois os pais não participaram da pesquisa. Entretanto, os familiares são mais eficazes como parceiros para os processos de tomada de decisão, quando eles estão envolvidos em uma comunicação aberta e honesta com os profissionais de saúde e quando o cuidado é apoiado nas crenças culturais, nas tradições e na estrutura familiar.<sup>20</sup>

Esse processo de respeitar e valorizar o outro no processo de comunicação das notícias difíceis, embora reconhecido pelos entrevistados, é uma realidade que muitas das vezes representa transformações na postura de alguns profissionais, pois “a priorização da comunicação requer do profissional uma mudança de foco e atitude, do fazer para escutar, perceber, compreender, identificar as necessidades para, então, planejar as ações.”<sup>36:144</sup> Nessa perspectiva, habilidades para a escuta, questionamentos e exploração de sentimentos são elementos necessários para a promoção de conforto emocional influenciando positivamente o ajuste psicológico e a vivência do processo de perdas e incertezas inerentes ao adoecimento.<sup>37</sup>

A escuta sensível é de extrema relevância, pois permite atender e compreender a essência do cuidado humano.<sup>5</sup> Desse modo, os participantes da investigação revelaram que em suas vivências percebem a importância da escuta junto aos pais, atentando para as suas dúvidas e anseios. Alia-se a essa perspectiva a compreensão de que tal postura é imprescindível para auxiliar os familiares na superação de possíveis conflitos decorrentes da hospitalização:

*“Não somente falo, mas estímulo a mãe a perguntar o que vier a cabeça e expor suas dúvidas.” (P 17)*

*“Quando a gente vê que a família é acessível, que tem um nível de conhecimento maior. A gente tem que se preparar para saber como vai falar. Eu me preocupo, pois dependendo da mãe eu posso utilizar termos mais técnicos que ela vai entender. Aquele pai que tem um nível de conhecimento mais baixo, eu vou ter que adaptar o meu discurso, saber como eu vou falar para ele. Temos que anunciar as notícias difíceis com muita calma, tranquilidade.” (P 18)*

No processo de comunicação é fundamental a escuta ativa o que supõe um profissional capaz de escutar. Às

vezes, o pouco tempo em virtude da pressão assistencial tem influência na insuficiente comunicação fazendo com que o profissional não dedique tempo para escutar, para responder aos questionamentos e entender os sofrimentos das mães. Essa condição traz implicações para a formação de competências para a comunicação dentre as quais a gestão do discurso, a expressão emocional e o estímulo a troca de informações.<sup>38</sup> De outro modo, a compreensão das notícias difíceis não é um processo fácil pelo próprio contexto de seu conteúdo e, dessa forma os discursos dos entrevistados evidenciaram como fator relevante nesse processo, a utilização de informações claras e precisas:

*“A gente precisa facilitar esse entendimento, de uma forma não muito agressiva, mas de uma forma que eles (os pais) compreendam que aquilo é grave, que pode ter uma consequência mais grave. Precisa ser dito de uma forma que os pais consigam entender a situação da gravidade. Se a gente tenta explicar minuciosamente, talvez seja mais fácil, e de alguma forma sofrerão menos.” (P 11)*

*“Eu tento ser clara, explicar tudo bem detalhado para que possam entender porque chegou até ali.” (P 14)*

As notícias difíceis devem ser comunicadas em tempo oportuno, de forma gradual, clara e aberta, adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pelo paciente e família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões.<sup>39</sup> A condição tempo oportuno significa que as informações dadas atendem às expectativas dos participantes (mães e profissionais), visando a busca de soluções sensatas e que ambos concordem em estabelecer diálogo, isto é, processo dialógico eficiente.<sup>40</sup> Nesse sentido, é importante a escolha de palavras adequadas, uma vez que elas podem assumir diferentes conotações quando estão sendo ouvidas e que, irão permanecer na memória dessas famílias.<sup>41</sup>

Do mesmo modo, o processo de comunicação sugere aos profissionais estarem abertos às necessidades da mãe e da família, suas inquietações, medos e dificuldades. Esta condição se traduzirá em benefício aos envolvidos, em especial à mãe, pois estas tendem a valorizar atitudes de colaboração e apoio dos profissionais, não somente as do tipo instrumental, mas também as informacionais, emocionais, espirituais e de apoio.

A utilização de uma linguagem clara e compreensível na comunicação de notícias difíceis foram aspectos reconhecidos pelas mães como essenciais nesse processo e, as falas revelam uma valorização na compreensão das informações e que fez diferença quando os profissionais, especialmente, os médicos, deram informações claras relativas ao preparo antes de exames e procedimentos e explicaram os resultados dos mesmos. As mães disseram que a comunicação era mais fácil quando os médicos utilizam linguagem simples:

*“Quando você vai perguntar para uma médica ou para a enfermeira e é explicado direito dá um ânimo na gente. Muitas fizeram isso comigo.” (M 8)*

*“Ela (médica) me esclareceu tudo e ficou tudo muito claro. Eu conversei com meu marido sobre tudo que ela tinha falado nesse atendimento e nós decidimos e entramos em um acordo para autorizar a cirurgia. Se ela não tivesse conversado dessa maneira comigo, explicando tudo, não teria feito a cirurgia do meu filho até hoje. Eu não teria autorizado. Foi a única vez que me sentir segura. E toda vez só chamo essa médica para me esclarecer dúvidas. Passei a ter confiança nela porque tive a oportunidade de conversar com ela.” (M 9)*

A compreensão e assimilação das notícias difíceis demandam reflexões sobre a importância da assistência fornecida pelas equipes de saúde com a família, pois suas ações são fundamentais para uma atenção mais eficaz e humanizada no processo de comunicação de notícias difíceis, afinal, os diálogos claros e simples evitam situações estressantes. Nessa compreensão, ressalta-se que para as mães, o recebimento de atenção é um sinal de que os profissionais se preocupam, entendem o que estão sentindo e precisando naquele momento. Dessa forma, os entrevistados revelaram esse entendimento, pois demonstraram uma compreensão de que as orientações e explicações quando recebidas pelas mães em momento preciso, suas incertezas e angústias são minimizadas:

*“Algumas pessoas da UTI procuram o melhor jeito de falar comigo, elas me poupam, falam tudo explicado, sem tentar mexer com o meu emocional, pois eu sou muito sensível nessa questão.” (M 6)*

*“A gente fica procurando as palavras [...] chegar com jeito, com muito tato para saber falar com uma linguagem acessível ao familiar e de forma que me policie para não causar aquele impacto e ao mesmo tempo tento deixar claro o que está acontecendo.” (P 17)*

A aproximação dos profissionais com as mães, motivando-as a adaptar-se às situações inusitadas, a partir das informações de forma clara e objetiva sobre a situação do recém-nascido, foi aspecto pontuado nas falas dos entrevistados, pois revelou a valoração do cuidado humanizado. Aliado a esse aspecto, a comunicação por meio de atitude empática foi destacada como fator que permite o emergir de uma relação de confiança entre aquele que recebe a notícia e aquele que a transmite:

*“[...] chegam com carinho e dizem o que aconteceu com o bebê, que ele vai ter que passar por um tratamento e que devo esperar um dia após o outro.” (M 9)*

*“Têm profissionais na UTI que se dedicam porque gostam do que fazem e sabem dizer as coisas de forma mais fácil de entender. Tem muitos médicos e técnicos de enfermagem que chegam, com jeito de falar, com cuidado de escolher as palavras. Alguns tentam esclarecer os problemas, o que acaba tranquilizando e nos dando a certeza de que podemos confiar na equipe.” (M 10)*

A forma com que a notícia difícil é apresentada pode afetar a compreensão dos envolvidos (mãe e família) sobre ela, o seu ajustamento à mesma e a sua satisfação com o profissional. Portanto, a competência, a honestidade, a atenção, e o tempo para permitir os questionamentos e uma linguagem clara, são condições para a comunicação de notícias difíceis.<sup>42</sup> A humanização no processo de comunicação de notícias difíceis, molda-se a partir da expressão emocional, empática e solidária, afinal quando há o estabelecimento da comunicação empática os vínculos se constituem e facilitam as intervenções necessárias.<sup>43</sup> Dessa forma a atitude empática e os afetos positivos são fatores que humanizam o cuidado em saúde tendo efeito sobre a boa relação profissional-familiar.<sup>19</sup> Tais revelações demandam reflexões sobre a relação dos profissionais e familiares no processo de comunicação, pois as falas ratificam as colocações desses autores ao defenderem que os familiares quando contam com melhor comunicação e relação humanizada com os profissionais têm a possibilidade de compreender melhor a doença e sua dinâmica.

Em meio a tais considerações, destaca-se a necessidade de acolhimento ao imprevisível, o diferente e o singular, em que os profissionais buscam adotar práticas considerando os aspectos físicos, subjetivos e sociais assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de aproximação ao desconhecido e do reconhecimento de limites.<sup>33</sup> O acolhimento representa receber, atender e integrar os membros da família no sentido de que as experiências emocionais que ocorram nesse período possam ser minimizadas.<sup>13</sup>

Assim como o estabelecimento de vínculo entre profissionais e familiares, no momento do diagnóstico e prognósticos graves revelam-se como essenciais, o diálogo favorece a comunicação da equipe de saúde e contribui para o estabelecimento de efetiva interação com a família.<sup>44,45</sup>

## CONCLUSÃO

O contexto da UTIN, considerado agressivo e invasivo, traduz-se por alta intensidade e complexidade de eventos e situações. Possui características próprias como a convivência diária dos profissionais com o processo de adoecimento de recém-nascidos, com as situações de risco e com o sofrimento e a dor de mães e familiares. Com ênfase no conhecimento técnico-científico e tecnológico para atender as necessidades que demandam das alterações e perturbações biológicas e físicas são permeadas por tensões que exigem rápidas intervenções por parte da equipe. Porém, esse suporte técnico-científico poderá ser comprometido pela ausência do valor

à pessoa humana na sua dignidade e poderá ser menos hostil se os profissionais de saúde forem capazes de humanizar práticas, qualificar relações, interações e processos comunicativos. O certo é que a tecnologia e a ciência pode facilmente monopolizar a atenção dos profissionais e a comunicação com a família pode facilmente se perder na lista de prioridades. Mantem-se dessa forma como um dos desafios no ambiente da UTIN e nas relações de cuidado.

Dentre as implicações para a prática do processo de comunicação de notícias difíceis revela-se que é possível comunicar-se de forma mais eficaz com as mães e com a família, ouvindo-os, solicitando a eles contribuições e sugestões, dando *feedback* direto e honesto e mantendo níveis adequados de segurança e reconsideração dos papéis que mães e profissionais desempenham no cuidado com a criança.

Comunicar-se qualitativamente configura-se como compromisso social do profissional. Para tanto, é importante como estratégia para a comunicação eficaz, validar por meio da fala do outro se realmente houve compreensão adequada e assertiva do conteúdo. A orientação, o aconselhamento, as respostas às perguntas maternas, as atitudes de encorajamento, o apoio às mães e a disponibilidade para conversar, foram expressos como comportamentos facilitadores para a comunicação de notícias difíceis. Aliado a estas questões, integrar a cultura nas práticas diárias da UTIN foi um dos aspectos importantes para a mudança na forma como a equipe se posiciona frente às mães.

Os participantes trouxeram algumas implicações para a comunicação de notícias difíceis em terapia intensiva neonatal das quais destaca-se: intervenções que promovam confiança; reconhecer padrões de comportamento revelados nas relações mãe-bebê; optar pelo cuidado centrado na família; manter, apoiar e incentivar a participação materna no cuidado à criança quando apropriado; ajudar a promover e fortalecer a rede de suporte familiar; aumentar a probabilidade de padrões de comportamento para o desenvolvimento de vínculo/apego e o cuidado sensível ao ambiente e às necessidades especiais das mães.

## REFERÊNCIAS

1. Pinheiro EM, Balbino FS, Balieiro MMFG, De Domenico EBL, Avena MJ. Percepção da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009 mar;30(1):77-84.
2. Leitão EMP, Araújo JA. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista HUPE.* 2012 abr-jun;11(2):58-62.
3. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Med.* 2011 jan-mar;35(1):52-7.
4. Mochel EG, Perdigão ELL, Cavalcanti MB, Gurgel WB. Os profissionais de saúde e a notícia difícil: estudo sobre as percepções da notícia difícil na ótica dos profissionais de saúde em São Luis/MA. *Cad Pesq.* 2010;17(3):47-56.
5. Brasil. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2010.
6. Neri R, Pitombo LB. Grupos Balint-Paidéia: uma experiência da gestão compartilhada da clínica ampliada na Rede de Atenção Oncológica. In: Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2010. p. 47-54.
7. Penello L, Magalhães P. Comunicação de más notícias: uma questão se apresenta. In: Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2010. p. 23-35.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Wigert H, Dellenmark MB, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatrics.* 2013;13:71.
10. Barnett M. A GP guide to breaking bad news. *Practitioner.* 2004 Jun;248(1659):392-4.
11. Moreto G, González-Blasco P, Craice-de Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Aten Fam.* 2014;21(3):94-7.
12. Tapajós R. A comunicação de notícias difíceis e a pragmática da comunicação humana. *Interface (Botucatu).* 2007 jan-abr;11(21):165-72.
13. Oliveira K, Orlandi MHF, Marcon SS. Percepção dos enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene.* 2011 out-dez;12(4): 767-75.
14. Sheeran N, Jones L, Rowe J. The relationship between maternal age, communication and supportive relationships in the neonatal nursery for mothers of preterm infants. *J Neon Nurs.* 2013 Dec;19(6):327-36.
15. Guerra GM, Faustino WR, Pessini L. Cuidado de alta complexidade humanizado é possível? Uma reflexão bioética. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, organizadores. Humanização dos cuidados de saúde e tributos de gratidão. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2014. p. 549-60.
16. Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011 set;32(3):458-64.
17. Farias LM, Cardoso MVLML, Oliveira MMC, Melo GM, Almeida LS. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. *Rev Rene.* 2010;11(2):37-43.
18. Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012 mar;16(1):134-40.
19. Afonso SBC, Mitre RMA. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. *Cien Saude Colet.* 2013 set;18(9):2605-13.
20. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011 Feb;35(1):20-8.
21. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med.* 2006 Jan;62(1):70-80.
22. Kowalski WJ, Leef KH, Mackley A, Spear ML, Paul DA. Communicating with parents of premature infants: Who is the information? *J Perinatol.* 2006 Jan;26(1):44-8.
23. Vêras RM, Vieira JMF, Morais FRR. Maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicol Estud.* 2010 abr-jun;15(2):325-32.
24. Bousso RS, Serafim TS, Misko MD. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(2):1-7.
25. Fernazari AS, Ferreira RE. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic: Teor e Pesq.* 2010 abr-jun;26(2):265-72.
26. Pereira M. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enferm* 2005 jan-mar;14(1):33-7.
27. Farias LM, Freire JG, Chaves EMC, Monteiro ARM. Enfermagem e o cuidado humanístico às mães diante do óbito neonatal. *Rev Rene.* 2012;13(2):365-74.

28. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét.* 2014;22(1):94-104.
29. Pessini L, Bertachini L. Humanização e ética no âmbito dos cuidados de saúde: redescobrimo o valor da acolhida e da hospitalização. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Humanização dos cuidados de saúde e tributos de gratidão.* São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2014. p. 437-54.
30. Nogueira Filho LN. Desafios do médico na manutenção da esperança dos pacientes gravemente enfermos. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010 dez;10(supl. 2):5279-87.
31. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde.* 2010;34(4):420-9.
32. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(supl.1):641-9.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.* Brasília; 2011.
34. Brown JB, Stewart M, Weston WW, Freeman TR. Introdução. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.* Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 21-48.
35. Campbell DE, Fleischman AR. Limits of viability: dilemmas, decisions and decision makers. *Am J Perinatol.* 2001 May;18(3):117-28.
36. Mourão CML, Albuquerque AMS, Silva APS, Oliveira MS, Fernandes AFC. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev Rene.* 2009;10(3):139-45.
37. Muniz RM, Zago MMF, Schwatz E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(1):25-32.
38. Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Educ Couns.* 2007 Oct;69(1-3):206-12.
39. Bezce E. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. *ONS Connect.* 2010 Sep;25(9):14-5.
40. Bettinelli LA, Portella MR, Erdmann AL, Santin, JR. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP (organizadores). *Bioética, cuidado e humanização.* São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2014. p. 349-62.
41. Guerra FAR, Mirlesse V, Baião AER. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. *Cien Saude Colet.* 2011 May;16(5):2361-67.
42. Muller MR. Aspectos relevantes na comunicação em saúde. *Psicologia IESB.* 2009;1(1):72-9.
43. Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: a review of the literature (1990–2008). *Patient Educ Couns.* 2009 Aug;76(2):159-73.
44. Gomes CHR, Silva PV, Mota FF. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. *Rev Bras Cancerol.* 2009 abr-jun;55(2):139-43.
45. Milbrath VM, Siqueira HCH, Motta MGC, Amestoy SC. Comunicação entre a equipe de saúde e a família da criança com asfíxia perinatal. *Texto Contexto Enferm.* 2011 out-dez;20(4):726-34.

Recebido em: 24/10/2014

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 17/09/2015

Publicado em: 08/01/2017

**Autor responsável pela correspondência**

Luciana Palaccio Fernandes Cabeça

Av. dos Portugueses, 1966

Vila Bacanga/MA

CEP: 65085-580