

# Malas notícias: significados atribuídos em a prática assistencial neonatal / pediátrica

Caroline Lau Koch<sup>1</sup>, Aline Badch Rosa<sup>2</sup>, Simone Caldas Bedin<sup>3</sup>

## Resumen

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo, realizado con nueve profesionales de salud que trabajan en el área de medicina y enfermería en una unidad intensiva neonatal y pediátrica, en hospital universitario situado en el interior de Rio Grande do Sul, Brasil. El objetivo fue reconocer significados atribuidos a la comunicación de malas noticias, evidenciados en la práctica profesional y en los sentimientos y emociones que esta tarea despierta en los profesionales. Los datos fueron recolectados en entrevistas semiestructuradas y trabajados por medio de análisis de contenido. La muerte se destacó como el principal significado atribuido a las malas noticias. No se observaron rutinas o protocolos estandarizados en la práctica de la comunicación de malas noticias. Fue notorio el grado significativo de sufrimiento del profesional de la salud que realiza esta práctica en el trabajo. Los datos de este estudio enfatizan la importancia de problematizar y reflexionar sobre este tema en el ambiente hospitalario.

**Palabras clave:** Revelación de la verdad. Comunicación en salud. Relaciones médico-paciente. Psicología médica.

## Resumo

### Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado com nove profissionais da saúde que atuam na área da medicina e enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de hospital de ensino localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. O objetivo foi reconhecer significados atribuídos à comunicação de más notícias, evidenciados na prática profissional e nos sentimentos e emoções que essa tarefa desperta nos profissionais. Os dados foram levantados por entrevista semiestruturada e trabalhados por análise de conteúdo. A morte foi evidenciada como o principal significado atribuído às más notícias. Não foram observados protocolos ou rotinas padronizados na prática de comunicação de más notícias. Foi notório o significativo grau de sofrimento do profissional da saúde que realiza essa prática ocupacional. Os dados deste estudo enaltecem a importância de problematizar e refletir sobre a temática no ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Revelação da verdade. Comunicação em saúde. Relações médico-paciente. Psicologia médica.

## Abstract

### Bad news: meanings attributed in neonatal/pediatric care practices

An exploratory, descriptive and qualitative study was conducted with nine health professionals working in the areas of medicine and nursing in the neonatal and pediatric intensive care unit of a teaching hospital located in the countryside of the state of Rio Grande do Sul, Brasil. The objective was to identify the meanings attributed to the communication of bad news, articulating them with professional practice and the manifested feelings and emotions that this task awakens in health professionals. The data were collected in a semi structured interview and studied with content analysis. Death was found to be the main meaning attributed to bad news. Standardized protocols or routines in the practice of reporting bad news were not observed. The significant degree of suffering of health professionals performing this occupational practice was evident. The data of the present study emphasize the importance of problematizing and reflecting on this theme in the hospital environment.

**Keywords:** Truth disclosure. Health communication. Physician-patient relations. Psychology, medical.

## Aprovação CEP-Unisc 1.280.874

1. **Graduada** calou\_22@msn.com – Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) 2. **Especialista** alinebadch@unisc.br – Unisc 3. **Mestre** simonecaldas@unisc.br – Unisc, Santa Cruz do Sul/RS, Brasil.

## Correspondência

Caroline Lau Koch – Rua Itaqui, 443, Castelo Branco CEP 96835-160. Santa Cruz do Sul/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

El actual contexto de la salud pasa por un cambio de paradigma como consecuencia de la modernización, de los avances tecnológicos y del aumento de la expectativa de vida. Exige, así, profesionales de la salud cada vez más disponibles para encuentros, diálogos e informaciones sobre el proceso de enfermar. La comunicación se torna un proceso fundamental para una adecuada relación entre el profesional de salud, el paciente y los familiares. Es una herramienta vital en el ámbito de la salud, pues fortalece relaciones, desarrolla la autonomía del paciente y estrecha el vínculo de confianza<sup>1-3</sup>.

No obstante, comunicar no es considerado un acto simple; implica creencias y valores singulares que pueden interferir en la transmisión de las informaciones. Comprende también dilemas éticos, preceptos y principios. El inmediatez de la sociedad, la rapidez y la urgencia exigidas al profesional, el uso excesivo de terminología técnica, el habla infantilizada, el cansancio, el contexto cultural, las creencias y la falta de preparación son otros factores que pueden influir en la calidad de la comunicación<sup>3-5</sup>. A veces, el contenido comunicado causa perjuicios al paciente y a la familia, caracterizando “malas noticias”. La más famosa definición de mala noticia fue propuesta por Robert Buckman y adoptada por diversos estudiosos: noticia que afecta seriamente la visión del sujeto en relación a su futuro y que puede implicar, directa o indirectamente, alteraciones negativas en la perspectiva de vida<sup>1,6,7</sup>.

Comunicar malas noticias, ya sean éstas relacionadas con el fracaso en el tratamiento, con la evolución de la enfermedad o la proximidad de la muerte, acaba siendo una tarea difícil para el profesional, que comulga con el paciente los sentimientos y la angustia respecto de lo que es comunicado. Quien es designado para realizar esa tarea puede sentirse incómodo y vivenciar emociones intensas, pudiendo presentar además sentimientos de tristeza, rabia, culpa y sensación de incompetencia por no conseguir evitar el desenlace negativo. Como forma de defensa, puede tornar la comunicación formal y no empática. Además, el rechazo a transmitir malas noticias se asocia al estrés causado por esta actividad<sup>1,4,5,7</sup>.

La bibliografía sobre el tema ha presentado frecuentes problemas relacionados con la comunicación entre el profesional de salud, el paciente y los familiares, llegando a ser clasificada como “precaria”. La comunicación es considerada un elemento crítico para la alta calidad de los cuidados brindados. Algunos estudios reconocen la mala comunicación como una de las mayores causas de reclamos de parte de pacientes, destacando las repercusiones

negativas causadas al enfermo y/o a la familia por mucho tiempo. De esta forma, se desprende que la actividad de comunicación de malas noticias es compleja y necesaria, siendo importante realizar acciones e investigaciones relacionadas con la temática<sup>3,7-8</sup>. Este estudio, basado en la bibliografía<sup>1-8</sup>, tuvo como objetivo reconocer los significados atribuidos a la categoría “malas noticias”, evidenciándolos en la práctica profesional y en los sentimientos y emociones manifestados por los profesionales de salud (médicos y enfermeros) que realizan esta actividad.

## Método

Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada con profesionales de la salud que trabajan en medicina y enfermería en una unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica de un hospital de formación localizado en el interior del estado de Rio Grande do Sul. Se optó por realizar esta investigación en la unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica debido a las características peculiares de esta unidad, que implican un constante perfeccionamiento de la práctica de comunicación. Entre ellas, se destaca la complejidad de lidiar con la enfermedad o la muerte infantil. Los participantes fueron elegidos debido a la mayor proximidad con el tema.

Los profesionales fueron abordados en la unidad de cuidados intensivos de forma individual. El objetivo de la investigación fue explicado, haciéndolos conscientes de la participación voluntaria, garantizándose el anonimato y el consentimiento informado de todos. En cuanto a la formación de los participantes, de los nueve profesionales de salud, dos eran médicos egresados, uno era un médico en especialización (residente), tres eran estudiantes de Medicina y tres enfermeros egresados. Entre los egresados, el participante con más experiencia era médico, con 33 años de ejercicio, y el que llevaba menos tiempo trabajando era del área de la Medicina, con un año y medio de servicio.

Entre todos los profesionales participantes egresados, el promedio de tiempo de trabajo fue de 15 años. Todos los estudiantes entrevistados estaban realizando prácticas curriculares para finalizar la carrera de Medicina en el plazo estimado de un año. La elección de una muestra heterogénea fue propositiva, con la intención de evaluar posibles diferencias en relación a la práctica de comunicar malas noticias. En cuanto al sexo de los entrevistados, la muestra se caracterizó por tener siete profesionales de sexo femenino y dos de sexo masculino.

**Procedimientos**

Inicialmente, se permitió el acceso a la investigadora en la unidad en que se realizó la investigación. Luego del reconocimiento y de la observación del ambiente, se escogieron, de forma aleatoria, algunos profesionales para participar del estudio. La vivencia de situaciones de comunicación de malas noticias de forma directa o indirecta fue considerada un criterio de inclusión. Todos los participantes fueron abordados individualmente e informados acerca de la investigación, sus objetivos y sus métodos. A partir de la aceptación de participar, se agendó día y horario para la entrevista semiestructurada, con una duración promedio de 30 minutos. Al finalizar esta etapa, las entrevistas fueron transcritas por completo y de forma fidedigna por parte de la investigadora para el análisis posterior.

El instrumento de investigación, basado en investigaciones ya realizadas sobre la temática<sup>4,7</sup>, abarcó datos relativos a la caracterización de la muestra, como la edad, el egreso y el tiempo transcurrido desde el egreso, y preguntas abiertas

referidas al tema “malas noticias”. Las preguntas incluían percepciones personales, vivencias profesionales y métodos para la comunicación. Todas las entrevistas fueron realizadas en la unidad de cuidados intensivos entre enero y octubre de 2016.

**Análisis de datos**

Para analizar las entrevistas se utilizó la técnica de análisis de contenido, que permite crear categorías temáticas en tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento de los datos<sup>9</sup>. Luego de explorar el material fue posible establecer tres categorías: “Lo siento mucho”, “Las noticias no son buenas” y “Es horrible”, ejemplificadas en el cuadro 1. La primera de ellas se refiere a los significados atribuidos a las malas noticias; la segunda a cómo comunicarlas, y la tercera a las emociones y sentimientos de quien comunica. Para garantizar el anonimato, los participantes serán identificados por la letra “P”, seguida de números (P1, P2, P3...).

**Cuadro 1.** Recorte de los dichos de los participantes, ejemplificando cada categoría

“Lo siento mucho” – significados atribuidos a las malas noticias	“¡Las noticias no son buenas!” – ¿cómo comunicarlas?	“Es horrible” – emociones y sentimientos de quien comunica
“Es decirle a un padre o una madre que el niño murió, la peor noticia que puede existir.” (P2)	“¡No existe una estrategia! ¿Una estrategia para comunicar que el hijo falleció? No existe, no hay.” (P2)	“Es doloroso, es horrible, es muy doloroso, pero hay que hacerlo y hay que decirles a esas personas que ese bebé se murió” (P2)
“La mala noticia siempre está relacionada con aquel momento en que vas a cortar la expectativa de alguien. Ya sea una noticia de muerte o de un empeoramiento del cuadro clínico.” (P5)	“Yo intento encontrar una manera simple de hacer que la familia entienda que la situación es crítica. No hay una receta, medio que ‘hay que’ improvisar qué decir. Yo trato de ser muy humana en esos momentos (...) hay que ser sincero y transmitir lo que realmente está sucediendo” (P3)	“Para nosotros es un poco frustrante, porque hay que lidiar con esa parte de nuestra profesión, que no vamos a alcanzar el objetivo, no vas a conseguir devolverle este niño a su familia” (P3)
“[la mala noticia] está siempre relacionada con el empeoramiento clínico” (P6)	“Sentarse a conversar, explicar todos los puntos, no omitir ninguna información durante el transcurso del tratamiento; creo que eso es importante, totalmente” (P7)	“Una protección mía, un caparazón que creé, pero uno llora, sufre.” (P5)
“La mala noticia es siempre hablarle a la familia sobre la muerte” (P7)	“No, no aprendemos nada de eso en la formación. Creo que deberíamos tener alguna cosa, o una materia sobre enfrentar esto, ya sea de malas noticias o de situaciones desagradables” (P5)	“Hay veces que cuando salimos está todo el equipo llorando, para nosotros no es nada fácil, hay una mezcla de sentimientos” (P9)

**Malas noticias en la práctica ocupacional cotidiana**

El contexto neonatal y pediátrico presenta matices en relación a otras unidades hospitalarias. En éste, los profesionales de la salud lidian con la vida

y la muerte infantil. Es decir, deben vivir diariamente con el sufrimiento de los familiares y con expectativas frustradas, y enfrentan la exigencia de comunicar constantemente eventos considerados “antinaturales”, además de la tensión provocada por esta tarea<sup>10</sup>. De esta forma, la comunicación en el contexto neonatal y pediátrico es imprescindible. Con comunicación

en salud de calidad, es posible acoger y amenizar los sentimientos de dolor, desamparo, frustración, estrés y ansiedad vivenciados por la familia del niño, cuando se trata de una noticia desfavorable<sup>10</sup>.

Durante la aproximación, se dio la oportunidad para que los participantes del estudio discutieran sobre la temática investigada, señalando aspectos que consideraran pertinentes a su práctica. El trabajo se realizó con una muestra heterogénea tendiendo a identificar posibles diferencias en relación a la percepción y a la comunicación de malas noticias. No obstante, no se observaron aspectos significativos referidos a esta diferencia, siendo que la práctica de comunicar malas noticias es considerada por todos una tarea difícil, evidenciando vacíos en la formación profesional. En las categorías a continuación, el trabajo discutirá sobre los resultados encontrados, destacando los significados atribuidos a la idea de malas noticias, los métodos usados para su comunicación, y las emociones y los sentimientos percibidos por los profesionales ante su práctica.

### **“Lo siento mucho”: significados atribuidos a las malas noticias**

En esta categoría se explorarán los significados atribuidos por parte de los entrevistados a la comunicación de malas noticias. Se verifica que están entrelazados a la subjetividad del profesional y, relacionados con su vivencia o que fueron adquiridos a partir de la práctica laboral, asimilados por identificación con los colegas:

*“Yo siempre intenté prestar mucha atención a la manera en que ella lidiaba con estas situaciones y, como yo me identificaba con ella, comencé a tener una postura más o menos parecida a la de ella, así” (P3);*

*“Entonces, fue una época de una vida así... [difícil] Yo creo que fue eso lo que me hizo tener hoy seguridad para transmitir malas noticias (...) Mi formación fue en la práctica, en la cara y en el coraje” (P5).*

El empirismo y la informalidad caracterizan el conocimiento de los entrevistados en relación a las habilidades de comunicación de malas noticias adquiridas por experiencia. El sentido atribuido a las malas noticias es también transferido de manera subjetiva en la transmisión y asimilación de esa habilidad<sup>3</sup>. La formación empírica para tener esa actividad permite comprender que la construcción de significados atraviesa aspectos íntimos y singulares de cada sujeto.

Empeoramiento clínico y muerte se destacan, en este estudio, como significados asociados a las malas

noticias. Un hallazgo semejante fue descrito por Baile y colaboradores<sup>7</sup>, quienes también relacionaron esos significados a la perspectiva singular frente al reconocimiento de una mala noticia. El empeoramiento clínico presupone una mayor posibilidad de muerte, que es, por consiguiente, el principal significado atribuido al concepto de malas noticias: *“Es decirle a un padre o una madre que el niño murió, la peor noticia que puede existir” (P2)*. Por lo tanto, el miedo a la muerte es el primer y más flagrante significado relacionado con la comunicación de malas noticias.

Actualmente, hablar sobre la muerte es considerado un tabú, siendo representada como el más absoluto horror, un absurdo contaminado de un intenso sufrimiento. Se destaca que la forma en que se comprende a la muerte está íntimamente relacionada con el tiempo y la cultura. En las sociedades tecnológicas actuales, la muerte es vista como un fracaso, algo que inspira inseguridad y temor. Así, la sociedad muestra claramente su dificultad para encarar la muerte como la última y natural fase de la vida<sup>1,5</sup>. Como integrantes de la sociedad, los profesionales de la salud comparten las mismas creencias sobre la muerte. También tienden a encararla como un fracaso, lo cual, en este caso, sobrepasa la dimensión social y se extiende a la esfera profesional, conforme sugiere la bibliografía<sup>11,12</sup>, corroborada en el discurso de un participante de este estudio: *“No conseguimos hacer que el bendito corazón vuelva a latir, ¿entendió?” (P2)*.

Comunicar la muerte requiere disponibilidad y preparación de parte del profesional de salud. Ser el portador de una noticia triste y de carácter irreversible y que, muchas veces, puede ser comprendida como un fracaso profesional, impacta emocionalmente a aquel que la comunica. Se considera que la experiencia de la muerte del otro es indirectamente la experiencia de la propia muerte. Esta situación, que tiene lugar para todos quienes acompañan el proceso de morir es especialmente intensa para los profesionales de la salud, pues implica una constante reflexión sobre su actitud personal y profesional ante la finitud de la vida<sup>13,14</sup>.

Al considerar estos aspectos vinculados a la comunicación de malas noticias, se torna posible identificar, en este estudio, que la muerte es percibida como la peor noticia a ser comunicada a la familia en una unidad de terapia intensiva neonatal y pediátrica. Este resultado es posiblemente influenciado por situaciones intensas y de alta complejidad vivenciadas en el contexto de la terapia intensiva. Por otra parte, esa evidencia se encuentra en conformidad con otros estudios<sup>4,15</sup>. Cuanto más avanza el conocimiento en salud, más se observa el temor y

la negación del fin de la vida. Así, aprender a comunicar malas noticias es un paso importante para enfrentar el tabú de la muerte que, actualmente, es una de las grandes dificultades en la formación científica de los profesionales de la salud<sup>13</sup>.

### “¡Las noticias no son buenas!”: ¿cómo comunicarlas?

En esta categoría se describe la manera en que los participantes comunican malas noticias, problematizando aspectos pertinentes a esta práctica. Inicialmente, se identificó que, para ellos, la comunicación en salud es comprendida como una actividad cotidiana siendo, por lo tanto, imprescindible realizarla de la mejor forma posible. La calidad de la comunicación puede ser un determinante de la eficacia terapéutica, tornándola una actividad compleja, cuyo desempeño puede volverse extremadamente difícil<sup>2,8</sup>.

Los datos muestran que los entrevistados no utilizan o reconocen la validez de los protocolos o rutinas estandarizados. Los participantes niegan la presencia de estos procesos, justificando la imposibilidad de crear normas restrictas para uniformizar el momento de comunicación de malas noticias, que comprenden como único: “¡No existe una estrategia! ¿Una estrategia para comunicar que el hijo falleció? No existe, no hay.” (P2).

De forma antagónica, la bibliografía referida a la temática analizada enfatiza la importancia de adquirir conocimientos y habilidades para comunicar malas noticias. El uso de protocolos es concebido como un orientador para la práctica, siendo reconocido como de gran utilidad para los profesionales de la salud, pues ayuda a enfrentar obstáculos que pueden surgir durante el proceso. Los estudios además destacan que la planificación de la entrevista de ninguna manera desconsidera la singularidad de cada sujeto<sup>3,14,16</sup>.

Al discutir la formación dirigida, en este estudio, a la actividad de comunicar malas noticias, se observó una laguna en los programas universitarios, que oscilan entre la ausencia absoluta de preparación académica para lidiar con la situación, hasta la formación incipiente y mal posicionada en el transcurso de la carrera, que no capacita al profesional para comunicar malas noticias de manera satisfactoria para sí y para el paciente:

“No, no aprendemos nada de eso en la formación. Creo que deberíamos tener alguna cosa, o una materia sobre enfrentar esto, ya sea de malas noticias o de situaciones desagradables” (P5);

“En el tercer semestre, cuando no tenemos vivencias con pacientes aún, tenemos una disciplina y alguna cosa en las clases de psiquiatría” (P8).

Este vacío en la formación profesional es identificado también en la bibliografía. Ciertos estudios revelan que gran parte de los profesionales investigados nunca recibieron ningún tipo de entrenamiento, habiendo adquirido conocimientos sólo en la práctica<sup>4,14,16</sup>. Infelizmente, esta falla influye en la calidad de la comunicación ofrecida. La falta de preparación insta al rechazo de los profesionales a realizar la comunicación, así como la comunicación informal, breve y no empática favorece repercusiones aún más negativas para quien recibe la noticia desfavorable<sup>2-6</sup>.

En este sentido, incluir en las currículas la temática “malas noticias” se muestra pertinente, siendo necesario romper la lógica de la transmisión de conocimientos desvinculados de la práctica clínica. Como recursos metodológicos, las técnicas de dramatización, *role playing* y *workshops*, son sugeridas por la bibliografía, presentando buenos resultados<sup>16</sup>. El objetivo primordial al modificar las técnicas de enseñanza es generar espacios para discutir la calidad de la comunicación, beneficiando así a los pacientes, a los familiares y a los profesionales de la salud.

Al describir la forma en que comunican, los participantes destacan la importancia de la presencia del médico y la necesidad de rescatar la historia clínica del paciente y de explicar la situación ocurrida. Consideran importante también que esa explicación sea ofrecida de forma clara, con expresiones y palabras de fácil comprensión, es decir, que indiquen que las noticias no son buenas. Es importante subrayar que esos cuidados, ejemplificados en los dichos a continuación, coinciden con las orientaciones de la bibliografía<sup>7,17</sup>:

“Somos un equipo y yo acompaño al médico que está de guardia conmigo. Dejo como responsabilidad de él hablar y me quedo con el área de apoyo” (P9);

“Sentarse a conversar, explicar todos los puntos, no omitir ninguna información durante el transcurso del tratamiento; creo que eso es importante, totalmente” (P7);

“[decir] ‘Quisiera traer otras informaciones, mejores’, uno intenta recapitular todo lo que ocurrió en la evolución de aquel paciente” (P3).

El protocolo Spikes, desarrollado por Robert Buckman, médico oncólogo y pionero en los estudios sobre comunicación de malas noticias, presenta una serie de etapas importantes a ser consideradas durante

la entrevista de comunicación. Entre ellas, es pertinente destacar las no identificadas en este estudio: 1) preocupación por el ambiente en el cual se va a realizar la comunicación; 2) verificación de la comprensión del paciente y/o familia respecto de la enfermedad; 3) recepción de las emociones suscitadas; y 4) compartir las estrategias utilizadas para continuar el cuidado<sup>7,17</sup>.

Como estrategias y recursos usados para realizar la comunicación, en este estudio se constataron la importancia de la sinceridad durante la comunicación, procurando la credibilidad de la información transmitida, la importancia del vínculo establecido entre el profesional de salud, el paciente y los familiares, y del contacto empático como forma de solidarizarse con el sufrimiento ajeno. Además de eso, la religiosidad también apareció como posibilidad de amparo y alivio:

*“Muestro solidaridad en estas cuestiones religiosas, es muy válido; cuando la persona cree en algo es una forma de aliviarse” (P6).*

*“Hay que dejar claro, hay que ser sincero y transmitir lo que realmente está sucediendo” (P3);*

*“Es importante, al momento de dar esa noticia, tener ese vínculo, que la familia confíe en uno. Y por peor que sea ese momento, tal vez eso pueda ayudar, aunque sea un poco. En esos momentos se necesita calor humano, cariño” (P4);*

*“Hay que tener empatía. Es bastante importante. Siempre pensar ‘¿cómo me gustaría [recibir la mala noticia], si fuese conmigo?’” (P8);*

Tanto la sinceridad como el vínculo terapéutico muestran tener una importancia fundamental en el contexto de la salud, enarbolando derechos conquistados por los usuarios de los servicios. Cabe destacar un aspecto relatado por los participantes que no es señalado en los demás estudios sobre la temática – la religiosidad. Se considera, entonces, que la mención a ese asunto puede ser atribuida a la característica particular de la unidad donde se realizó este estudio.

Se destaca, no obstante, otro atributo resaltado por los participantes del estudio – la empatía. El comportamiento empático, en las relaciones interpersonales, expresa la demanda contemporánea de una mayor sensibilización en la relación con el otro, siendo innegable la extrema relevancia para la comunicación de malas noticias. Al mostrar empatía, el profesional da al paciente y/o a la familia un soporte para enfrentar la situación crítica, lo que se considera indispensable para instituir un ambiente

de comodidad emocional. La empatía establece una relación en la cual no sólo el contenido de lo que fue dicho influye en la comunicación del mensaje, ya que el tono y el ritmo de la voz, la gestualidad, el roce y el silencio también colaboran para transmitir la idea de comodidad y acogida<sup>17-19</sup>.

Las dificultades encontradas están asociadas al desconocimiento de las manifestaciones emocionales presentadas por el paciente y/o la familia como resultado de la noticia que fue comunicada. Esto evidencia que cuanto mayor la irreversibilidad del hecho, mayor el grado de dificultad. Estos datos corroboran los demás estudios<sup>1,6,20</sup>. El enfrentamiento de estas dificultades refuerza la importancia de protocolos que puedan ayudar al profesional en cuanto a las particularidades emocionales manifestadas durante la comunicación de malas noticias<sup>4,15,21</sup>.

En base a los aspectos que engloban la práctica aquí discutida, se comprende que no se trata del simple acto de comunicar, puesto que va más allá de la transmisión de informaciones. Hay complejos elementos presentes en esta práctica que la tornan un cuidado en salud que necesita ser constantemente estudiado, aprendido, entrenado, remodelado y mejorado. Se percibe, además, que el profesional, al desempeñar esa actividad, comparte la mala noticia con pacientes y familiares y no sólo la comunica. Este aspecto específico de la comunicación merece mayor atención, pues se relaciona directamente con el mantenimiento de la salud y del bienestar del profesional.

### **“Es horrible!”: emociones y sentimientos de quien comunica**

La temática “malas noticias”, como ya se indicó, está íntimamente relacionada con aspectos emocionales. Aunque compartan el proceso comunicativo, obviamente esta situación es vivenciada de forma distinta por quien emite y por quien recibe la noticia. Esta categoría presenta y discute aspectos relacionados con las emociones y sentimientos de los profesionales de salud que desarrollan la práctica de comunicar noticias desfavorables. Hay escasos registros en la bibliografía sobre el asunto. Sin embargo, se sabe que las manifestaciones emocionales experimentadas por los profesionales son comunes, aunque muchas veces no sean reveladas o recaladas<sup>20</sup>.

Es posible observar que frecuentemente los sentimientos de los profesionales de salud son ignorados, priorizándose la técnica y el discurso racional. No obstante, las emociones de los profesionales al realizar sus actividades influyen directamente en el cuidado brindado al otro. Se comprende que la relación terapéutica está afectada mutuamente, debido al

fenómeno de transferencia y contratransferencia presente en las relaciones interpersonales<sup>18</sup>. Al abordar las emociones y los sentimientos de los profesionales en relación a su práctica, la bibliografía destaca la inseguridad y la ansiedad<sup>5,21</sup>. En cuanto a este aspecto, los participantes de este estudio revelaron diferentes manifestaciones emocionales, principalmente sentimientos de impotencia, frustración y evitación:

*“Yo me siento una mala persona, una persona incapaz de haber mantenido viva a aquella criatura. ¡Es horrible! ¡Caramba! No conseguí mantener a esa criatura viva. Uno se queda preguntándose qué le faltó, qué no consiguió hacer, dónde es que erró. Siempre uno cree que se equivocó en alguna cosa. Siempre te quedas buscando y buscando. Uno no es Dios, pero quiere actuar como... y quieres mantener vivo a todo el mundo” (P2);*

*“Uno huye, así, medio que observa de lejos porque no consigue estar allí” (P1).*

Al reflexionar sobre esos sentimientos, es posible constatar un elevado grado de autoexigencia, así como observar la presencia de aspectos culturales referidos a las expectativas dirigidas a la figura del médico. Se observa además que esos sentimientos sugieren la presencia de mecanismos de defensa, dado que, inadvertidamente, los profesionales de salud se identifican con los aspectos negativos de la noticia. Es posible considerar que el rechazo o el recelo por verse afectado por el sufrimiento del otro puede manifestarse por el rígido apego a la técnica y al intelectualismo, subsumido al aspecto psicossocial<sup>5,11,19</sup>.

Al analizar estos datos, es posible afirmar que la presencia de sentimientos al informar malas noticias torna innegable el sufrimiento enfrentado por los profesionales: *“Hay veces que cuando salimos está todo el equipo llorando, para nosotros no es nada fácil, hay una mezcla de sentimientos” (P9)*. Además, se percibe que los entrevistados enfrentan dificultades para reconocer el sufrimiento provocado por su práctica ocupacional. Muchos optan por reprimirlo, probablemente debido a la comprensión distorsionada respecto de ese aspecto en su oficio.

El cuidado brindado al paciente grave puede ser comprendido como un agravante del desgaste emocional, considerando las implicancias ocasionadas por la inminencia de la muerte. La sintomatología de ansiedad, depresión y síndrome de *burnout*, que presenta un crecimiento progresivo, denuncia el estrés ocupacional y el agotamiento físico y emocional enfrentados por el profesional de la salud que trabaja en las unidades de cuidados intensivos<sup>22</sup>.

Estas cuestiones denotan la importancia de proporcionar frecuentemente momentos de integración y reflexión respecto de la práctica, validando los sentimientos y las emociones de los profesionales provocados por la actividad ocupacional en el intento de favorecer el cuidado de la salud del profesional.

## Consideraciones finales

El estudio constató que el principal significado asociado al concepto de “malas noticias en salud” es la muerte. El miedo a la muerte y a su inminencia en la unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica es lo que torna difícil y complicado transmitir esa noticia. El estudio mostró también que es necesario considerar las experiencias personales y la subjetividad de los profesionales al abordar la temática, debido a la posibilidad de que estos aspectos influyan en la comunicación de malas noticias. No obstante, resulta pertinente abordar esas cuestiones en otros contextos, en el intento de comprender posibles significados alternativos atribuidos al concepto de malas noticias.

En cuanto a los métodos utilizados para este proceso se destaca la presencia de importantes cuidados resaltados por los participantes, como el derecho a informaciones claras y precisas y un contacto empático. No obstante, se observa que, en la formación profesional, el abordaje de ese asunto es escaso, mostrando la necesidad de incluir disciplinas y prácticas educativas en las currículas de grado y posgrado. De esta forma, la habilidad práctica es adquirida en la propia tarea y es atravesada por las características singulares de cada trabajador. Como consecuencia, se percibe la falta de estandarización y la ausencia de algunos aspectos importantes destacados por la bibliografía.

Es posible afirmar que el acto de informar malas noticias provoca en los profesionales de salud una acentuada incomodidad emocional. Los sentimientos discutidos en este trabajo se relacionan con creencias socialmente difundidas sobre la muerte y causan un grado significativo de sufrimiento en los trabajadores. Este aspecto contribuye a que el profesional sienta recelo o se rehúse a informar ese tipo de noticias. Al abordar sentimientos y emociones, fue posible demostrar su relación con la salud del trabajador; no obstante, se sugiere la producción de más estudios al respecto, considerando la escasa bibliografía sobre el tema.

Este estudio enaltece la relevancia de esta compleja temática en el contexto de la salud, demostrando los diversos atravesamientos que están presentes en la práctica. Aún son pocas las investigaciones que consideran la percepción del

profesional en relación al acto de informar malas noticias. No obstante, este estudio incluyó a un grupo de profesionales de una única unidad de la institución hospitalaria, lo que limita los resultados encontrados. De esta forma, se sugiere que los

aspectos explorados sean investigados en otras unidades e instituciones, así como con grupos mayores, procurando respaldar los hallazgos para estimular la búsqueda de soluciones para una mejor realización de esta difícil tarea.

*Este artículo se basó en un trabajo de finalización de carrera presentado en el Programa de Posgrado en Residencia Multiprofesional Integrada en Salud – Énfasis: Urgencia, Emergencia e Intensivismo del Hospital Santa Cruz, Universidad de Santa Cruz do Sul.*

## Referências

1. Cervantes LFL. Comunicação da morte em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: entendimento e realidade [dissertação]. [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014 [acesso 8 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2gUDTNM>
2. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Cândido TC, Bicalho TC, Matos BO, Berbert GH *et al.* Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. *Rev Méd Minas Gerais.* 2013;23(4):518-25.
3. Araujo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Rev Hupe.* 2012;11(2):58-62.
4. Pereira CR. Comunicando más notícias: protocolo Paciente [tese]. [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2010 [acesso 8 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2xeMtN9>
5. Pereira MAG. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(1):33-7.
6. 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 Méd.* 2011;35(1):52-7.
7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. Spikes: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. [Internet]. *Oncologist.* 2000 [acesso 8 nov 2016];5(4):302-11. Disponível: <http://bit.ly/2wSQSEZ>
8. Pereira ATG, Fortes IFL, Mendes JMG. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm UFPE.* 2013;7(1):227-35.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
10. Cabeça LPF, Sousa FGM. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. [Internet]. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2017 [acesso 16 jul 2017];9(1):37-50. Disponível: <http://bit.ly/2gWthOd>
11. Borges MS, Freitas G, Gurgel W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus.* 2012;6(3):113-26.
12. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estud Pesqui Psicol.* 2015;15(2):547-67.
13. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
14. Lopes CR, Graveto JMGN. Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. *Rev Min Enferm.* 2010;14(2):257-63.
15. Mochel EG, Perdígão ELL, Cavalcanti MB, Gurgel WB. Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. *Cad Pesqui.* 2010;17(3):47-56.
16. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev. bioét. (Impr.).* 2010;18(3):725-42.
17. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. [Internet]. *Community Oncol.* 2005 [acesso 8 nov 2016];2(2):138-42. Disponível: <http://bit.ly/2eWOLtJ>
18. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev SBPH.* 2007;10(1):53-63.
19. Kupermann D. Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
20. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? [Internet]. *Br Med J.* 1984 [acesso 8 nov 2016];288:1597-9. Disponível: <http://bit.ly/2xXMB1A>
21. Leal-Seabra F, Costa MJ. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. *Rev Fund Educ Méd.* 2015;18(6):387-95.
22. Pedroza MAD, Campos ACS, Oliveira MMC. Dano ocupacional na unidade de terapia intensiva neonatal: a percepção da enfermeira. *Rev Rene.* 2006;7(2):17-24.

## Participación de los autores

Caroline Lau Koch fue responsable de desarrollar y ejecutar la investigación. Aline Badch Rosa supervisó el proyecto y, con Simone Caldas Bedin, co-orientó y revisó el estudio.

