

Sentidos subjetivos atribuídos às reações de familiares após comunicação de más notícias em um pronto-socorro

Subjective meanings attributed to family reactions after communication of bad news in an emergency room

Sentidos subjetivos atribuídos a las reacciones familiares tras la comunicación de malas noticias en servicio de urgencias

Alane Ribeiro Leite¹ 

Ramiro Rodrigues Coni Santana² 

Carolina de Oliveira Cruz Latorraca³ 

¹Autora para correspondência. Universidade Federal de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. alane.ribeiroleite@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil.

³Hospital Sírio Libanês (São Paulo). São Paulo, Brasil.

RESUMO | INTRODUÇÃO: No cotidiano do hospital, inevitavelmente, a equipe de saúde se relaciona com pacientes e familiares que receberam algum tipo de má notícia. Constituindo-se como uma tarefa árdua, porém fundamental, a comunicação de más notícias é um importante tema de estudo na área da saúde. **OBJETIVOS:** O objetivo é descrever e analisar quais são os sentidos subjetivos atribuídos pelos profissionais às reações da família a uma comunicação de más notícias. Os objetivos específicos foram: identificar processos simbólicos e práticas reguladoras da produção de sentidos; analisar como se apresenta a emocionalidade dos profissionais envolvidos nas situações de comunicação de más notícias; e analisar como o contexto de pronto socorro atua enquanto mediador de produções simbólico-emocionais dos profissionais. **MÉTODO:** Participaram deste estudo profissionais de um pronto socorro de um hospital universitário da cidade de São Paulo. Foram apresentadas três vinhetas de casos clínicos que retratam diferentes reações de familiares de pacientes após uma comunicação de más notícias, no Pronto Socorro. A partir de uma pergunta disparadora, conduziu-se uma entrevista semi-estruturada. **RESULTADOS:** Evidenciou-se que ausência da instrumentalização para a comunicação de más notícias durante a graduação em medicina e enfermagem repercute em diversos âmbitos da experiência do profissional, desde como administram suas próprias emoções até o modo como lidam com as múltiplas reações emocionais dos familiares dos pacientes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo sugere, então, a relevância de haver, durante a formação profissional, maior espaço para estudo e discussão sobre os temas que emergem em um contexto de comunicação de más notícias.

PALAVRAS-CHAVE: Subjetividade. Comunicação. Pronto-socorro.

ABSTRACT | INTRODUCTION: In the daily routine of the hospital, inevitably, the health team interacts with patients and family members who have received some kind of bad news. Constituting itself as an arduous but fundamental task, the communication of bad news is an important topic of study in the health area. **OBJECTIVES:** We aim to describe and analyze what are the subjective sense attributed by professionals to the family's reactions to a communication of bad news. The specific objectives were: to identify symbolic processes and regulatory practices of the sense make; to analyze how the emotionality of the professionals involved in the communication of bad news is presented; and to analyze how the emergency department context acts as a mediator of symbolic-emotional productions of professionals. **METHOD:** Professionals from an emergency department of a university hospital in the city of São Paulo participated in this study. Three vignettes of clinical cases were presented that depict different reactions of patients' relatives after a communication of bad news, in the emergency department. From a triggering question, a semi-structured interview was conducted. **RESULTS:** It was evidenced that the absence of instrumentalization for the communication of bad news during graduation in medicine and nursing has repercussions in several areas of the professional's experience, from how they manage their own emotions to the way they deal with the multiple emotional reactions of patients' family members. **FINAL CONSIDERATIONS:** This study suggests, therefore, the importance of having, during professional training, greater space for study and discussion on the themes that emerge in a context of communication of bad news.

KEYWORDS: Subjectivity. Communication. Emergency department

Submetido 14/07/2022, Aceito 16/12/2022, Publicado 10/05/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e4735

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4735>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar

Como citar este artigo: Leite, A. R., Santana, R. R. C., & Latorraca, C.

O. C. (2023). Sentidos subjetivos atribuídos às reações de familiares após comunicação de más notícias em um pronto-socorro.

Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 12, e4735. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4735>

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4735>



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: En el día a día del hospital, inevitablemente, el equipo de salud interactúa con pacientes y familiares que han recibido algún tipo de mala noticia. Constituyéndose en una tarea ardua pero fundamental, la comunicación de malas noticias es un importante tema de estudio en el área de la salud. **OBJETIVO:** El objetivo general de este estudio fue describir y analizar cuáles son los sentidos subjetivos atribuidos por los profesionales a las reacciones de la familia ante una comunicación de malas noticias. Los objetivos específicos fueron: identificar procesos simbólicos y prácticas reguladoras de la producción de significados; analizar cómo se presenta la emotividad de los profesionales involucrados en la comunicación de malas noticias; y analizar cómo el contexto de urgencias actúa como mediador de las producciones simbólico-emocionales de los profesionales. **MÉTODO:** Participaron de este estudio profesionales del servicio de urgencias de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo. Se presentaron tres viñetas de casos clínicos que muestran diferentes reacciones de los familiares de los pacientes después de una comunicación de malas noticias, en el servicio de urgencias. A partir de una pregunta desencadenante, se realizó una entrevista semiestructurada. **RESULTADOS:** Se evidenció que la ausencia de instrumentalización para la comunicación de malas noticias durante la graduación en medicina y enfermería repercute en varias áreas de la experiencia del profesional, desde cómo maneja sus propias emociones hasta la forma en que lidia con las múltiples reacciones emocionales de los familiares de los pacientes. **CONSIDERACIONES FINALES:** Por lo tanto, este estudio sugiere, la importancia de tener, durante la formación profesional, mayor espacio de estudio y discusión sobre los temas que emergen en un contexto de comunicación de malas noticias.

PALABRAS CLAVE: Subjetividad. Comunicación. Servicio de urgencias.

Introdução

No cotidiano do cenário hospitalar, inevitavelmente, os profissionais que compõem a equipe de saúde se relacionam com pacientes e familiares que receberam algum tipo de má notícia. Desde um exame que aponta alterações significativas até a notícia do óbito de um ente querido, “má notícia” pode ser definida como aquela que, drástica e negativamente, altera a perspectiva do paciente e de seus familiares em relação ao seu futuro (Vandekieft, 2001; Muller, 2002).

Assim, considera-se que a compreensão de cada situação é única, e que o modo como uma má notícia impactará a perspectiva do futuro está absolutamente relacionado à história do interlocutor em questão (Victorino, 2007). Fatores como as concepções relacionadas aos binômios saúde/doença, vida/morte; os recursos concretos e simbólicos para a elaboração de situações vividas; e a presença ou ausência de rede de apoio, podem afetar as reações do sujeito às informações recebidas. Assim, a gravidade da notícia só pode ser determinada por quem a recebe.

A dinâmica de uma comunicação de más notícias se configura de diferentes maneiras, sendo atravessada pelo funcionamento e processos internos próprios de cada setor do hospital. A relação profissional-paciente-família pode, então, ser afetada pela dinâmica instável do ambiente disruptivo de uma unidade de urgência e emergência, adquirindo contornos específicos (Dias, 2015).

Nesse sentido, Park *et al.* (2010) apontam possíveis causas para a limitação das interações nos contextos de urgência: atendimentos realizados com pouca ou nenhuma informação prévia acerca do paciente; alta demanda de trabalho para o profissional; pouca vinculação; situações imprevisíveis geradoras de ansiedade; más notícias transmitidas em locais com pouca privacidade, pela ausência de espaço físico. Apesar das dificuldades inerentes ao contexto, os autores consideram ser de suma importância manter uma comunicação efetiva, cuidadosa e centrada no paciente/família, oferecendo acolhimento e evitando o agravamento de uma experiência de sofrimento (Park *et al.*, 2010).

Constituindo-se como uma tarefa árdua, porém fundamental, a comunicação de más notícias é um importante tema de estudo na área da saúde. Diversas diretrizes e protocolos foram desenvolvidos, apresentando-se como ferramentas que fomentam uma postura de maior diálogo e abertura para a perspectiva do paciente/família. O protocolo SPIKES, além de ser um guia elaborado para a comunicação do diagnóstico de câncer (Baile *et al.*, 2000), também sugere técnicas úteis para responder às reações emocionais, preocupação recorrente entre os médicos (Baile *et al.*, 2000; Dias, 2010; Santos, 2017).

Responder às emoções dos pacientes é um dos desafios mais difíceis da comunicação de más notícias. As reações emocionais dos pacientes podem variar do silêncio à incredulidade, choro, negação ou raiva. Quando os pacientes ouvem más notícias sua reação emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e dor (Baile et al., 2000, p.306)

Ainda, reconhecendo que diferenças culturais atravessam os contextos do cuidado em saúde e implicam na relação que é construída pelos profissionais, os doentes e seus familiares, desenvolveu-se um protocolo de comunicação de más notícias, com 7 passos, adaptado à realidade brasileira (Pereira et al., 2017).

Intitulado protocolo PACIENTE, o mnemônico direciona o profissional: Prepare-se; Avalie o quanto o paciente sabe; Convite à verdade; Informar; Emoções; Não abandonar o paciente; Traçar uma Estratégia (Pereira et al., 2017).

A instrumentalização do profissional de saúde para a comunicação de notícias difíceis tem sido estudada, dando luz às percepções da equipe sobre como pode ser realizada uma comunicação, incluindo formas de lidar com os sentimentos e sensações que emergem (e.g. Borges, Freitas & Gurgel, 2012; Victorino et al., 2007). Alguns estudos se dedicam a analisar este fenômeno no setor de urgência e emergência (e.g. Carneiro, 2017; Dias, 2015; Santos, 2017; Souza et al., 2018). Outros estudos se propõem a analisar a perspectiva de pacientes que receberam más notícias (e.g. Oliveira-Cardoso et al., 2018).

No presente estudo, porém, propõe-se um foco diferente, deslocando-se do ato da comunicação em si, para a percepção que a equipe de saúde constrói sobre as reações dos familiares à má notícia que foi comunicada.

Pretende-se com isso, contribuir para o estudo das relações intersubjetivas do tripé paciente-família-equipe de saúde, sobretudo em situações de crise; e contribuir efetivamente para uma prática assistencial acolhedora no contato com um sujeito em sofrimento.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi refletir sobre os processos simbólicos que se constroem em um cenário de comunicação de más notícias em contexto de urgência através da questão: **quais são os sentidos subjetivos atribuídos pelos profissionais às reações da família a uma comunicação de más notícias?**

Para isso, este estudo foi descrever e analisar os sentidos subjetivos atribuídos por profissionais da saúde sobre as reações dos familiares do paciente após uma comunicação de más notícias em um contexto de pronto socorro. Diante das situações de comunicação de más notícias, os objetivos específicos foram:

- a) identificar processos simbólicos e práticas reguladoras da produção de sentidos;
- b) analisar como se apresenta a emocionalidade dos profissionais envolvidos nas situações de comunicação de más notícias;
- c) analisar como o contexto de pronto socorro atua enquanto mediador de produções simbólico-emocionais dos profissionais.

Fundamentação Teórica

O Estudo da Subjetividade e a Produção de Sentidos Subjetivos

Partindo de uma ótica histórico-cultural (González Rey, 2003), o estudo da subjetividade ganhou uma roupagem nova no campo da psicologia. O conceito encontrou espaço para ser revitalizado, compreendendo-se enquanto sistema complexo, histórica e culturalmente constituído. A cultura aqui não é entendida, então, como um objeto, mas corresponde a um processo de mediação, no qual é possível que o sujeito se distancie ou se aproxime do seu contexto, arquitetando as conjunções necessárias para a construção de um campo “psicológico” ou “subjetivo” responsável pela sua autorregulação e senso de integridade (Valsiner, 2007).

A subjetividade não representa mais uma categoria dentro do cenário da produção do conhecimento para abarcar um universo de fenômenos estáveis, quase estáticos. Mas, para [González Rey](#) (2003), o termo *subjetividade* passa a refletir uma categoria em *processo*, e é este caráter processual que permite que o conhecimento seja produzido; não se esgota, está sempre em movimento ([González Rey](#), 2003).

A categoria de *sentido* desenvolvida nos últimos trabalhos de [Vygotsky](#) (1987) fundamenta a proposta de [González Rey](#) (2007) para o estudo da subjetividade. Há, porém, uma diferença substancial, visto que González Rey se distancia da relação imediata sentido-palavra que fora desenvolvida por Vygotsky. Na categoria *sentido subjetivo*, proposta por González Rey, “fica enfatizada a relação do simbólico com o emocional, e não apenas entre o intelectual e o afetivo, que tinha sido o foco de Vygotsky” ([González Rey](#), 2007, p.70). O sentido subjetivo é, assim, fundado na conexão processual entre o individual e o social.

O sentido subjetivo exprime formas e processos de subjetivação específicos nas diferentes configurações da realidade através da articulação simbólico-emocional que é atravessada pelo contexto histórico-cultural vivido pelo sujeito ([González Rey](#), 2005). Desta maneira, o sentido subjetivo retrata sempre um momento de síntese, revelando uma nova qualidade de uma experiência concreta. [Amaral](#) (2006) afirma: tudo que é vivido, é subjetivado.

Os sentidos subjetivos integram-se em torno de delimitações simbólicas produzidas pela cultura, mas através de processos históricos de relação, nos quais essas delimitações simbólicas são acompanhadas por uma emocionalidade que sintetiza a qualidade específica de uma história singular de relacionamento ([González Rey](#), 2005, p. 17).

Nessa direção, [González Rey](#) (2010) elenca três propriedades do sentido subjetivo: implicam-se na subjetividade como sistema em desenvolvimento, sendo o encontro da subjetividade social e a individual; retratam a unidade inseparável do simbólico com o emocional, na qual não há uma relação de causalidade, mas uma influência mútua e constante; relacionam-se a espaços simbólicos produzidos pela cultura, mas se compõe do que é produzido na história de cada pessoa.

Para o autor, subjetividade social é compreendida enquanto um sistema complexo de sentidos e significados, imbricados nos processos de institucionalização e nas ações do sujeito nos espaços da vida social; configurações que estão incessantemente em relação nas diferentes zonas do tecido social ([González Rey](#), 2003). A subjetividade social constitui a subjetividade individual, que se produz historicamente e se organiza em configurações subjetivas “articuladas as relações sociais do indivíduo, definida em seu caráter singular, volitivo e contraditório” ([González Rey](#), 2003, p. 205).

Tendo em vista essa compreensão dos sentidos subjetivos enquanto momentos de subjetivação da ação da pessoa nas situações vividas, conferimos a eles também a função de organização da história do sujeito. A essa organização, [González Rey](#) (2010) dá o nome de *configuração subjetiva*. A configuração subjetiva proporciona estabilidade para certas produções de sentido subjetivos, é a teia de processos simbólico-emocionais do sistema produzido pelos sentidos subjetivos ([González Rey](#), 2010).

A categoria de *configuração* é constituída por um núcleo dinâmico de organização, alimentada por diversos sentidos; assim, não se constitui por conteúdos ou processos de caráter universal ([González Rey](#), 2003). O autor afirma que esta característica demarca a distinção entre configuração e categorias outras, que se propõe universais no pensamento psicológicos; a flexibilidade abarcada por essa categoria e a constante negociação dela com os sistemas subjetivos assevera seu valor heurístico ([González Rey](#), 2003).

A partir deste referencial, este trabalho propõe-se ultrapassar o caráter meramente descritivo das falas dos participantes, para identificar e analisar os sentidos subjetivos expostos a partir de vinhetas que representam situações vividas no cotidiano do contexto hospitalar. Para tanto, é necessário que o pesquisador em questão envolva-se em um trabalho construtivo-interpretativo diante do que foi dito, visto que os sentidos subjetivos não são manifestos de forma direta ou explícita, mas sim apresentam-se em nuances das narrativas ([González Rey](#), 2010).

Isto posto, pretende-se, então, inaugurar a compreensão de posicionamentos assumidos pelos

profissionais diante de situações de sofrimento vividas pelos familiares de pacientes, ao receberem más notícias. Os conceitos de “sentido subjetivo” e “configuração subjetiva”, são inseparáveis dos princípios da Epistemologia Qualitativa, que se constituiu como abordagem metodológica desta pesquisa.

Metodologia

Tipo de estudo

Estudo transversal qualitativo, de caráter construtivo-interpretativo, utilizando a base teórica dos princípios da epistemologia qualitativa, de [González Rey](#) (1997).

Participantes

Participaram deste estudo médicos e enfermeiros de um pronto socorro de um hospital universitário da cidade de São Paulo. Consideramos que estas são as categorias profissionais que lidam com maior frequência com a situação de comunicação de más notícias. Os participantes foram escolhidos por conveniência e disponibilidade e foram atribuídos nomes fictícios a fim de garantir o sigilo das informações. Os participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) atuar no Pronto Socorro do hospital, cumprindo a função de médico(a) ou enfermeiro(a) nesse setor; b) ter experiências de comunicação de más notícias no contexto da emergência.

No grupo de médicos, tivemos a participação de Patrícia, Geovane e Arthur (Clínica Médica) e Hugo (Medicina de Emergência), todos na instituição há cerca de 1 ano; já os enfermeiros foram Carolina e Luri, que estão na instituição há cerca de 3 anos e 1 ano, respectivamente.

Instrumentos e procedimentos

De forma individual, em local que assegurou o sigilo, e após a explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram apresentadas, de forma escrita, três vinhetas de casos clínicos que retratam diferentes reações vividas no contexto hospitalar de urgência, por pacientes e

familiares após uma comunicação de más notícias. Após a leitura de cada situação, colocou-se a pergunta disparadora: “você pode nos contar quais são as impressões causadas por essa situação?”.

A partir desta pergunta disparadora, foi conduzida uma entrevista semi-estruturada, visando ampliar o diálogo, em vias de atender os objetivos específicos deste trabalho.

Fundamentação para análise dos dados

A pesquisa qualitativa aqui defendida substitui a resposta pela construção, a verificação pela elaboração e a neutralidade pela participação ([González Rey](#), 2005). O primeiro princípio desta proposta (substituir a resposta pela construção) consiste na defesa do *caráter construtivo-interpretativo do conhecimento*, compreendendo o conhecimento como construção permanente “e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta” ([González Rey](#), 2005, p. 5). Nesta perspectiva, o conhecimento deve, permanentemente, possibilitar novas articulações que favoreçam a produção de zonas de sentido sobre a realidade estudada.

O segundo fundamento desta proposta (substituir a verificação pela elaboração) é o reconhecimento do *singular como instância de produção de conhecimento científico*. [González Rey](#) (2005) enuncia que o estudo da realidade social não deve ocorrer apenas através de suas manifestações mais gerais — como ocorre com discursos dominantes — mas também é necessário dar luz à forma diferenciada e única que os processos sociais se apresentam na expressão singular dos sujeitos, bem como nas tramas culturais e sociais que compõe. O autor destaca que o estudo dos sujeitos individuais tem um latente potencial de generalização que pode ser identificado não pelas coincidências entre eles, mas sim por centrar-se justamente na especificidade, no que é singular.

Ao trazer esta perspectiva, [González Rey](#) (2005) também propõe o rompimento da oposição entre o empírico e o teórico, ao passo que o momento empírico é compreendido como parte da elaboração teórica. Assim, diante de uma construção teórica especialmente sensível à singularidade, o conhecimento é produzido ao longo do processo de investigação ([González Rey](#), 2005).

Atendendo ao terceiro princípio da Epistemologia Qualitativa (substituir a neutralidade pela participação), defende-se aqui a compreensão da pesquisa como um processo dialógico de comunicação, guiado pela condição *sine qua non* do envolvimento ativo dos sujeitos na pesquisa (González Rey 2005); cada um com seu papel, processualmente pesquisador e pesquisado co-constroem os indicadores da pesquisa qualitativa. Dessa forma, é possível compreender as configurações subjetivas e as produções de sentidos de cada indivíduo, gerando espaço para que os sentidos subjetivos possam emergir no processo. Como aponta Freitas (2009, p.80), “as interpretações teóricas construídas neste processo são significações que permitem uma relação de inteligibilidade com os sentidos subjetivos que daí emergem”.

Esta concepção defendida pelo autor se distancia, então, da noção de neutralidade científica, pois a capacidade de reflexão contínua configura-se como indispensável para a atuação no papel de pesquisador, visto que seus processos subjetivos estão imbricados na pesquisa. Além de ser atravessado por seus próprios processos subjetivos, o pesquisador está sujeito aos vieses do momento histórico, político e cultural em que está inserido, devendo estar ciente disso e, constantemente questionar-se sobre suas interpretações. Neste aspecto, González Rey pontua que:

(...) pesquisar é uma aventura criativa, é um prazer; não se pode investigar com roteiros rígidos como uma camisa de força. Tem-se que investigar na processualidade, o que significa que, à medida que se percorre o campo, as informações que aparecem não são resultados em si mesmas, mas fragmentos sobre os quais devemos exercitar nossa reflexão para garantir construções que encontrem novas expressões nas informações que vêm de outras fontes (González Rey & Torres, 2017, p. 126, em livre tradução)

Cenário social da pesquisa

No presente trabalho, salienta-se que as pesquisadoras atuam como psicólogas no mesmo hospital que os profissionais entrevistados, compartilhando experiências e discussões em equipe. Dessa maneira, o tema pesquisado é também tema das discussões no cotidiano de ambas as partes envolvidas, nas quais já surgem informações significativas sobre o problema aqui estudado; constitui-se, desse modo, um cenário facilitador da expressão de sentidos subjetivos.

Entendemos por cenário de pesquisa a fundação daquele espaço social que caracterizará o desenvolvimento da pesquisa e que está orientado a promover o envolvimento dos participantes da pesquisa. É precisamente no processo de criação de tal cenário que as pessoas tomarão a decisão de participar da pesquisa, e o pesquisador ganhará confiança e se familiarizará com os participantes e com o contexto em que vai desenvolver a pesquisa (González Rey, 2005, p. 83).

Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e aprovado no Ofício nº 071/22. A pesquisa foi aprovada na Plataforma Brasil no parecer nº 5.320.297.

Benefícios e riscos

O tema do presente estudo é a percepção que os profissionais de saúde constroem sobre as reações de familiares às más notícias que foram comunicadas, o que pode envolver recordar de situações difíceis ou dolorosas vividas por estes profissionais neste contexto. Dessa forma, lembrá-las pode ocasionar algum nível de ansiedade. Porém, ter um espaço para falar sobre essas experiências pode também trazer certo alívio e proporcionar novas significações acerca do que foi vivido.

Além disso, caso fosse identificada a necessidade de um atendimento psicológico — percebido pela pesquisadora ou solicitado pelos participantes — foi previsto o encaminhamento para serviços de psicologia de referência na cidade de São Paulo ou em plataformas online e de forma gratuita. Ainda, os participantes tiveram livre acesso à pesquisadora, também psicóloga, caso houvesse qualquer necessidade.

Resultados e discussão

A partir da leitura e organização dos dados, foi possível extrair categorias de análise, que correspondem a conjuntos de informações que apresentam algum aspecto de semelhança. Dessa forma, os dados estão organizados, descritos e analisados em categorias que coincidem com os objetivos específicos deste trabalho.

Sob a ótica construtiva-interpretativa da nossa metodologia, em toda a análise trabalharemos com *indicadores* como instrumento de análise. [González Rey](#) (2010) define que os indicadores são significados gerados pelo pesquisador diante de determinados fragmentos de informação; a presença de diferentes indicadores relacionados a um mesmo significado nutre a definição de hipóteses e fortalece o modelo teórico.

Processos simbólicos e práticas reguladoras da produção de sentidos subjetivos

Conforme [González Rey](#) (2005), a subjetividade não é um sistema abstrato e impessoal. É, de outro modo, um sistema formado por sujeitos reais e concretos, que influenciam continuamente sua trajetória e se configuram subjetivamente através da própria ação nos diversos espaços em que a vida social ocorre. A produção de sentidos subjetivos é o encontro da subjetividade social e individual. Desse modo, observamos uma mostra deste encontro na fala dos participantes quando sentem-se desconfortáveis ao se deparar com reações que consideram como inesperadas após a comunicação de más notícias. A classificação do que é esperado ou inesperado é atravessada por construções do espaço social que antecedem o sujeito. A vinheta que exhibe a reação de uma mãe que se cala e fica imóvel após a notícia do suicídio da filha suscitou este estranhamento nos participantes: “é desconcertante, assim, porque não é o esperado, todo mundo acha que a pessoa vai reagir mais emocionada (...)” (Patrícia, médica); “*Eu ia achar um pouco estranho, porque é uma notícia muito impactante pra não ter nenhuma reação*” (Arthur, médico).

Para Hugo (médico), a reação desta mãe na vinheta trouxe impressões ambivalentes. Inicialmente, considera que ela se mostrou “*fria em relação à catástrofe que tinha acontecido*”, porém, mais à frente, reconsidera sua colocação:

“(...) não dá pra a gente se enganar achando que ela não ficou mal, ela só não transpareceu que tava mal, (...) **não é porque ela não chorou, vomitou, descabelou, que ela não tava mal**, acho que cada um demonstra de uma forma. Quando meu vô morreu (...) **eu recebi a notícia e eu ri**. Mas eu não tava feliz, eu tava bem triste. (...) **Bom e isso contradiz também o que eu disse**” (grifo dos autores).

Os sentidos subjetivos representam um sistema coabitado por fenômenos de diversas qualidades e até de ordens contraditórias, que tomam uma expressão simbólico-emocional preponderante em contextos específicos ([González Rey](#), 2010). Assim, é possível perceber que Hugo, ao acessar a própria reação *incomum* diante de uma perda, atribui uma nova impressão simbólica à reação descrita na vinheta.

Assim como Hugo, todos os outros participantes, em algum momento da entrevista, ponderam que às reações retratadas não cabem o peso moral do julgamento, visto que são reações a uma perda concreta ou iminente. Patrícia diz: “*Cada pessoa reage de uma maneira. Tem extremos de reação (...) mas é tudo por luto, né, mano, não tem como dizer que tá errado*”. Iuri (enfermeiro) também aponta que: “*A gente não pode esperar que as pessoas reajam sempre da mesma forma (...) colocando a pessoa num estresse total [a perda], a pessoa fica nervosa, a pessoa fica ansiosa, a pessoa fica num estado mental fora de si.*”

[González Rey](#) (2007) pontua que o sentido subjetivo não é a tradução linear de nenhum evento social, mas sim resultante de um rede de impressões deixadas por eventos sociais e seus efeitos colaterais. Nessa direção, Hugo fala sobre a necessidade de ser paciente e compreensivo nas situações de comunicação de más notícias, enfatizando a influência de seu processo de psicoterapia pessoal: “*acho que seria injusto eu não ter paciência com alguém que tá na merda. Se muitas vezes eu tava muito menos na merda e a pessoa foi paciente, sabe? Por que que eu não posso ser agora?*”

Patrícia e Geovane, que também apresentam posicionamentos bastante compreensivos e flexíveis ao se depararem com expressões do sofrimento do outro, trazem em comum a percepção da influência do ofício das mães. A mãe de Patrícia é psicóloga; a de Geovane, assistente social:

“*E eu lembro que quando eu decidi fazer medicina (...) ela batia muito na tecla de como eu ia falar com as pessoas, como ia tratar, porque a forma com que a gente fala impacta muito na forma que eles vão tá se sentindo. (...) Ver ela fazendo isso sempre foi um modelo muito grande pra mim*” (Geovane, médico, grifo dos autores).

Nessa frase, é possível observar a marcação do valor transmitido pela mãe à Geovane, **indicando o seu**

lugar na constituição do sentido subjetivo relacionado ao seu posicionamento diante de situações como as ilustradas pelas vinhetas. Vai ao encontro disso a afirmação de Patrícia que a *criação* é determinante para a adoção de uma postura mais empática na relação com o sofrimento dos familiares: *“Minha faculdade é fraca em cuidados paliativos, em psiquiatria, psicologia, então foi bem extra, de experiência e criação (...) não tem como dar aula disso, colocar um slidezinho (risos), muito difícil”* (grifo dos autores). A ausência da instrumentalização para lidar com a demanda emocional após a transmissão de uma má notícia também aparece na fala de Carolina: *“E eu sinceramente... acho que a gente é muito mal preparado pra abordar a família assim”*.

A escassa formação para a comunicação de más notícias durante a graduação de Medicina foi identificada também no estudo realizado por [Borges, Freitas e Gurgel \(2012\)](#), que indicam que a ausência de formação para desenvolvimento de competências e habilidades comunicacionais podem impactar na qualidade da relação do profissional com a família. Do mesmo modo, a pesquisa de [Carneiro \(2017\)](#) sugere que para desenvolver competências neste âmbito, a formação contínua aparece como ferramenta essencial.

Geovane denota a importância da prática e da experiência como fundamentais para o desenvolvimento da habilidade de comunicação de notícias difíceis: *“Na medicina tudo é treinamento e prática, prática, prática... (...) mas tudo que é novo pra a gente, sempre a primeira vez vai ser um pouco mais difícil, a gente vai ficar mais nervoso (...) porque muda totalmente o contexto, né”*. [Souza et al. \(2018\)](#) assinalam que a experiência profissional pode, de fato, incrementar a habilidade comunicacional; porém, a comunicação de más notícias é continuamente sentida como uma tarefa árdua, com uma inevitável carga afetiva e atravessada por múltiplas variáveis emocionais e contextuais.

Os enfermeiros Luri e Carolina relatam o processo pessoal de elaboração de perdas, **indicando como elementos da história de vida integram de modo singular a subjetividade, compondo com sentidos distintos a compreensão das situações.** Ao pensar sobre a reação de negação da morte, Carolina afirma que uma nova compreensão se desvelou a partir de sua experiência de perda:

“Eu nunca tinha pensado dessa forma, mas essa informação tá vindo de uma pessoa que você nunca viu na vida e você em que ouvir isso que não conhece você, não conhece sua filha, esteve com a vida de sua filha em mãos e... acabou. (...) Como é que eu acredito numa pessoa que eu nunca vi na vida, que meu pai, que tava ali há 4 horas comigo faleceu?” (grifo dos autores)

Notadamente, experiências pessoais de perda são elementos que compõem o sentido subjetivo diante da reação de outrem à morte de um ente querido. Nesta linha, ao ler a vinheta que exibiu a comunicação para a família da gravidade e possibilidade de óbito de uma paciente idosa, Luri tem sua narrativa atravessada pela própria vivência em uma situação semelhante:

“Muito delicada essa situação (...) Eu vivi uma situação muito parecida com meu pai, então essa aí... pegou. É claro que o fato de a gente compreender a gravidade (...) não tira a noção de que a gente tem aquela vontade de que a pessoa se cure, de que ela volte pra casa, que ela conviva com a família... por pior que seja o prognóstico, por mais da área da saúde que você seja” (grifo dos autores)

Identificamos nesta fala o entrelaçamento da dimensão profissional na experiência pessoal, evidenciando a influência mútua destas instâncias na construção de sentidos subjetivos. Percebe-se a indicação de que, para Luri, os laços afetivos que sustentam as expectativas diante de más notícias são signos mais fortes do que aqueles relacionados ao conhecimento técnico a respeito de prognósticos em situações como a que viveu com o adoecimento e falecimento de seu pai. Desse modo, [González Rey \(2010\)](#) salienta que o sentido subjetivo não é uma construção apriorística e, assim, a subjetividade antecipa-se e se constitui, simultaneamente, no curso da trama que é vivida.

Após a leitura da vinheta que traz a cena da comunicação da morte abrupta de um menino de 6 anos para o seu pai, foi possível notar que os participantes, ao passo que manifestam-se mais impactados pela cena em questão, também mostram-se mais indulgentes no acolhimento da reação do familiar. Evidenciamos o impacto gerado pela situação: *“Nossa senhora... pesado (...) Ficaria desconcertada, eu precisaria de uns segundos pra pensar, respirar fundo e pensar pra onde iria depois dessa fala”* (Patrícia). Semelhante repercussão emocional da reação referida é observada na

fala de Geovane: *“Eu demorei até um pouquinho mais, acho que nessa situação eu ficaria um pouco sem resposta inicialmente, dele querer pegar o filho no colo, **eu (suspiro)... ainda tô pensando numa resposta (risos)**”.*

As repercussões subjetivas de uma reação emocional intensa, observadas acima, nos conduz ao estudo de Santos (2017), que identificou dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na comunicação de más notícias no contexto de urgência. Neste trabalho, o item “incerteza sobre as reações da pessoa doente/família” é destacado como uma das maiores dificuldades para os profissionais neste contexto. Dados correlatos também foram apontado por Dias (2016), que comparou a percepção de médicos e familiares e/ou pacientes acerca da comunicação de más notícias no departamento de emergência, assinalando que no item *Emotion* do protocolo SPIKES – no qual se sugere a identificação e validação das emoções do receptor da notícia – os médicos tiveram a percepção de que as emoções dos receptores foram reconhecidas e validadas por eles em menos da metade dos encontros. A autora argumenta que a ênfase nos aspectos técnicos do cuidado, inerentes à formação médica, sobrepujam outros aspectos, como o emocional (Dias, 2016).

Características do paciente aparecem como um outro indicador de produções simbólicas distintas em relação às reações apresentadas pelos familiares. Ao tratarmos da reação decorrente de uma má notícia sobre uma criança, os participantes ressaltam o caráter inesperado de uma perda deste tipo, como neste trecho da fala de Geovane: *“pra mim, foi muito mais difícil porque **tem uma carga emocional muito grande quando se tá falando pra um pai de um filho, principalmente nesse caso que é um primogênito, filho único...**”* (grifo dos autores). Carolina, por sua vez, refere: *“não escolhi essa área da pediatria por causa disso (...) adoro criança, mas é muito difícil lidar com criança sofrendo e com os pais, porque é a coisa mais frágil que a pessoa tem... muito difícil”* (grifo dos autores).

Outros participantes também exibiram posicionamentos parecidos com os de Carolina e Geovane; reconhecemos que este posicionamento está imbricado no elemento cultural que entende a morte de um filho como inversão do curso natural da vida (Muza et al., 2013) que proporciona desdobramentos singulares

na trajetória de cada indivíduo, como o exemplificado pela escolha profissional feita por Carolina. Dados que apontam que os profissionais sensibilizam-se de modo mais explícito e sentem maior dificuldade de comunicar a morte de uma criança também foram descritos em outros estudos que abordam esta temática (Aredes et al., 2018; Souza et. al, 2018).

Nessa direção, todos os participantes fizeram pontuações demarcando a percepção de uma diferença na comunicação de uma morte abrupta em comparação a uma morte por consequência de um adoecimento crônico.

A delimitação das funções atribuídas à categoria profissional é também um indicador da produção simbólica dos participantes diante das reações dos familiares às más notícias. Este trecho da fala de Arthur aponta para seu posicionamento mais reservado, diante do que considera como uma vivência íntima para o receptor da má notícia: *“(...) **eu sinto que tô invadindo a privacidade dos outros se eu faço mais do que eu deveria. Eu tenho um trabalho e tenho ali um papel pra fazer, se eu faço algo mais eu tenho medo de tá invadindo a privacidade da pessoa**”.*

Assim, observamos que a atribuição de caráter íntimo ao que é experimentado pelos familiares nestas situações pode ser um regulador da postura assumida pelo profissional, como relata Geovane: *“acho que essa é uma situação que o silêncio é muito empático com a família, porque não tem como a gente dizer que a gente entende. Seria até presunçoso da nossa parte tá falando dessa forma de ‘tô entendendo o que você tá passando’, sabe?”*

Ainda no cerne das delimitações do papel profissional, observamos que nas situações em que se evidencia maior fragilidade emocional do familiar, os participantes demandam a entrada da psicologia na cena, como bem ilustra a fala de Luri sobre a cena em que a mãe recebe a notícia da morte da filha por suicídio:

*“**E, apesar de ser enfermeiro e conseguir fazer uma escuta ativa, melhor do que eu para isso é a equipe de psicologia, para aconselhar, para fazer toda a escuta ativa, para acolher aquela mulher (...)**”*
(Luri, grifo dos autores)

Essa convocação da psicologia aparece na narrativa de outros participantes, inclusive na de Arthur, que mesmo se mostrando mais reservado e limitando seu contato com as emoções que emergem nas situações de comunicação, afirma que convocaria a psicologia em um dos casos, quando identifica um sofrimento extremo no familiar.

*“É, aqui na situação 3... (silêncio longo)... acho que esse pai precisa de mais tempo pra processar o que aconteceu. Ele tá muito em negação aqui, falando que quer levar o filho, que o coração vai voltar a bater (...) **Acho que ele precisa conversar com alguém... da psico (risos)**” (grifo dos autores)*

Batista e Rocha (2013) assinalam: no hospital o profissional ‘psi’ é entendido como o “especialista da subjetividade”. A subjetividade aparece, então, como o “algo” que escapa ao saber médico, hegemônico no âmbito hospitalar. Quando a dimensão subjetiva irrompe, revelando um limite desse saber, são os momentos em que a psicologia é convocada a operar, tendo nesta atuação a sua função mais demandada e valorizada no contexto hospitalar (Batista & Rocha, 2013).

Compreendemos, assim como Batista e Rocha (2013), que neste momento em que a subjetividade não se estanca, os profissionais também se deparam com as próprias urgências subjetivas, experimentando os atravessamentos simbólicos e repercussões emocionais.

A emocionalidade dos profissionais envolvidos nas situações de comunicação de más notícias

Conforme Borges, Freitas e Gurgel (2012), durante a formação na área da saúde, a reflexão sobre os processos de morte e morrer e sobre as perdas que ocorrerão durante a prática profissional encontra um espaço incipiente. Com isso, pouco se aborda as repercussões destes fenômenos no âmbito afetivo destes profissionais.

O modelo biomédico hegemônico, ao prezar pela neutralidade e racionalidade, furta a possibilidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde acessarem suas próprias emoções. Como resultado desse interdito, os profissionais lançam mão de

estratégias para afastá-las, suprimi-las ou minimizá-las (Aredes & Modesto, 2016; Souza et. al, 2018).

Nesse sentido, Arthur indica posicionar-se de modo rígido no seu contexto de trabalho, atribuindo o limite de apenas comunicar a má notícia: **“Eu tenho um trabalho e tenho ali um papel pra fazer, se eu faço algo mais eu tenho medo de tá invadindo a privacidade da pessoa...”**. Arthur comentava, neste trecho, sobre uma das vinhetas que retrata uma reação emocional que considerou como inesperada e incomum após uma notícia de óbito. Mesmo diante do incomum, reitera que mantém uma postura mais reservada: **“Eu vou me colocar à disposição, dizer que se tiver alguma dúvida pode falar. Mas eu não vou... me exceder”** (grifo dos autores).

Geovane, por sua vez, médico no mesmo campo de atuação, demonstra um posicionamento mais flexível e disponível para o contato com as emoções que emergem na relação com os familiares no contexto de más notícias: **“Uma coisa que eu me esforço muito é pra ter... não uma resposta engessada, pronta, mas saber como lidar com a situação (...) porque quando a gente trava ou demonstra muita insegurança (...) pode dificultar nesse contexto de luto”** (grifo dos autores).

Observamos, então, estados afetivos que denotam empatia por parte do profissional em relação aos sentimentos dos familiares, desde o cuidado em criar um cenário ideal para a comunicação, até a postura acolhedora em relação às emoções dos familiares. Este aspecto pode ser um forte indicador de que, para o próprio profissional, a situação pode se tornar emocionalmente carregada, como ilustra o trecho:

*“(...) nossa, ela chorava e berrava, assim, **cada vez que ela berrava doía meu coração. Foi uma vez onde eu fiquei em silêncio por estar mal e não saber o que fazer (...) sabe quando você tá num ambiente que dá vontade de simplesmente sumir?**” (Geovane, grifo dos autores).*

Os indicadores apontam para um posicionamento mais flexível que, mesmo atravessado pelo modelo biomédico, encontra espaço para expressão afetiva. Ele ressalta que, mesmo que priorize a expressão emocional do outro, também reserva um momento para sentir e assimilar o que foi vivido:

*“A gente coloca o peso, como profissionais de saúde, é a gente colocar os sentimentos dos pacientes na frente dos nossos (...) independente do que eu esteja sentindo, tá agindo de uma forma tal que permita que o paciente esteja confortável na tristeza dele ou demonstrar os sentimentos, **pra depois eu ter o meu momento de lidar com a situação**” (Geovane, grifo dos autores).*

Outro aspecto que parece influenciar no modo como o profissional administra suas emoções nas situações de comunicação são as experiências pessoais de perda. Para alguns, a experiência pessoal de enlutamento modula a empatia e os aproxima do familiar que está sofrendo; para outros, como para Carolina, que encontrava-se em franco processo de elaboração do luto, deparar-se com o sofrimento do outro é retornar ao próprio sofrimento: *“(...) não estou pronta pra acolher a família, eu gostaria de dar um suporte, mas não tenho condições. **O primeiro que faleceu eu tive uma postura de ignorar, só fiz os papéis e fui embora, porque eu sabia que talvez eu caísse ali e eu ia**” (grifo dos autores).* Nesta circunstância, Carolina relata que o seu sofrimento diante dessas situações não é ouvido por sua chefia: *“Eu falei pra ela que não tenho condições e ela não se importou (...) cheguei a escutar da minha chefe ‘ah, mas já faz tempo’, então, é um pouco complicado assim.”*

Observamos que a expectativa da postura mais racionalista frente às emoções despertadas no contexto de comunicação de más notícias atravessa a subjetividade dos profissionais, modulando a experiência deles, tanto com as próprias emoções como com as que se deparam na comunicação. Fischer e Jansz (1995) discutem a função das “narrativas das emoções” (em tradução livre), observada principalmente nas sociedades ocidentais. Comportamentos emocionais como chorar, gritar e ficar em silêncio, afetam muito mais o interlocutor do que uma conversa calma e racional. Assim, socialmente, estas emoções costumam vir acompanhadas de explicações - a narrativa das emoções - que visam justificar a validade da reação e torná-la inteligível para o outro, restaurando a interação que foi interrompida.

O contexto de pronto socorro como mediador de produções subjetivas

A comunicação de más notícias no Pronto Socorro é atravessada por aquilo que constitui as características deste cenário. Como aponta Santos (2007), nos serviços de urgência e emergência há de se levar em consideração fatores como: sobrecarga de trabalho, complexidade e imprevisibilidade, pacientes em situação crítica, recursos humanos insuficientes e escassez de tempo. Esses fatores afetam o estabelecimento de relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes, familiares e acompanhantes.

A qualidade da relação estabelecida pode ser um obstáculo ou um facilitador no momento da comunicação de más notícias. No pronto-socorro, porém, até mesmo sua estrutura física não contribui para o estabelecimento adequado de vínculo, visto que, muitas vezes, não há sequer local reservado para tal conversa (Dias, 2015).

Foi possível observar a recorrência, nas entrevistas, da compreensão do bom vínculo com os familiares do paciente como um fator fundamental para o alcance do acolhimento realizado em situações de comunicações difíceis, principalmente quando há reações consideradas inesperadas.

*“(...) é dizer pros acompanhantes ‘olha, a gente tava ali por ele (...) **mas a gente tá aqui por vocês também, se vocês tiverem precisando de alguma coisa (...)**”. Sempre tá trazendo eles pra junto da gente nesse sentido. É uma preocupação que eu tenho, quando não deu tempo de formar o vínculo, é que não pode ser uma coisa ensaiada ou forçada, sabe? **Eu sempre tento fazer isso de uma forma tal a passar uma coisa que eu tô me importando**” (Geovane, grifo dos autores).*

Carolina conta de sua experiência pessoal de perda e a acolhida que recebeu da equipe após a comunicação do óbito:

“(...) eu fiquei totalmente agachada no chão e abraçando os pertences do meu pai... e toda equipe veio ‘quer que eu vá com você?’ (...) **foi importante, eu não esqueço dessa imagem da equipe se preocupando comigo.** Às vezes eu sinto que a gente não faz muito isso aqui no hospital, **só entrega os pertences e ‘vai lá na internação resolver seus problemas’**; então, fica meio jogado”

Os participantes indicam, em suas falas, o modo como a dinâmica do contexto de urgência/emergência impacta nos seus posicionamentos. Geovane relata a experiência de sua primeira comunicação de óbito, ocasião em que sentiu-se emocionalmente afetado. Denotando a modulação produzida pela carga de trabalho, assinala:

“(...) a gente dá a notícia, volta e **parece que tem que virar a chave, a gente tem os outros pacientes, outras famílias pra conversar...** e à noite, no momento de ir pra casa tem um tempo pra pensar, pra lidar com isso, **não pode demorar tanto porque tem que tá no outro dia 7h da manhã aqui**” (Geovane, grifo dos autores).

No contexto do pronto socorro, é comum o atendimento a situações que culminam em mortes abruptas (traumatismos, queimaduras, suicídio, eventos cardiovasculares agudos etc.). Diferente de outros setores de internação do hospital, neste há um constante contato com o imprevisível. Aqui, essa circunstância aparece como um indicador de produção subjetiva para todos os profissionais entrevistados, que apontaram a morte repentina como um elemento que gera e, ao mesmo tempo, justifica, a expressão de um grande sofrimento do familiar que recebe este tipo de má notícia.

Após a leitura de uma das vinhetas que ilustrava uma morte abrupta, Hugo afirma: “*Eu olhei e falei ‘nossa’, como médico como é que eu ia falar isso, né, tipo, dar essa notícia, né, é uma notícia... é **bem inesperada, né, tipo, diferente de quando você, sei lá, tem um paciente com câncer que a família já tá esperando, sabe?***” (grifo dos autores). O contraste entre a morte abrupta e aquela em decorrência de um adoecimento crônico é demarcado também por Patrícia:

“(...) a dor, né, eu nem imagino, deve ser muito intensa. **E não foi uma doença que os familiares foram se preparando, foi bem...** a gente vê acidente assim que foi bem abrupto (...) não sei comparar se sofre mais, mas acho que eu penso em um choque inicial muito grande” (grifo dos autores).

Observamos, então, que os participantes associam o adoecimento crônico à possibilidade de haver alguma “preparação” para a perda, indicando que este é um fator atenuante de reações emocionais mais extremas ou inesperadas no momento da comunicação do óbito. Essa percepção é confirmada pela literatura (Fonseca, 2012). Em um processo de adoecimento, no qual há a possibilidade de se acompanhar o avanço progressivo de uma doença, experimenta-se a vivência do luto por uma perda futura concreta.

Este fenômeno é conceituado como *luto antecipatório*, considerado por Fonseca (2012) como uma reação adaptativa, que fomenta a reorganização e mobilização de recursos para o enfrentamento da morte iminente; desse modo, favorece uma preparação emocional e cognitiva para o momento da morte concreta. Para que esse processo seja experienciado, é preciso que a morte efetiva do ente querido ainda não tenha ocorrido; porém, ao longo do processo de adoecimento, o modo como a pessoa doente se relacionava com o mundo se modifica e sua perda é sentida em diversas atividades que executava anteriormente (Fonseca, 2012).

Assim, é possível notar que os profissionais entrevistados, ao identificarem situações em que não houve a possibilidade de acessar a função adaptativa do processo de luto antecipatório, também se posicionam subjetivamente de outro modo para o momento da comunicação e antecipam, de algum modo, uma reação emocional mais intensa dos familiares. Essa compreensão pode ser ilustrada pelos seguintes trechos:

“Porque na comunicação é o primeiro contato com a morte da pessoa, que não era esperada... então vai ser a parte mais... acho que a parte mais difícil mesmo, **porque você estar ali frente a frente com a pessoa e ela não tá sabendo que notícia você vai dar, talvez ainda tinha esperanças... ali você vai cortar as esperanças e de fato falar que a vida mudou mesmo, perdeu o familiar**” (Patrícia, grifo dos autores).

“O primeiro ponto é de eu não me sentir confortável em dar essa notícia, não é... as outras não são fáceis de dar, mas, como a gente acaba, pela situação em si, sendo um pouco mais confortável (...). Essa é uma situação que tudo é muito agudo (...).”
(Geovane, grifo dos autores).

Nas falas acima, também é possível observar o sofrimento dos profissionais por serem os detentores da má notícia, aquela que mudará a vida do seu interlocutor. Este aspecto é também apontado por trabalhos que se propõem a estudar a relação dos médicos com a morte e a comunicação de más notícias nos cenários de emergência (Aredes et al., 2018; Aredes & Modesto, 2016; Dias, 2015; Souza et al., 2018). Aredes et al. (2018) afirmam que, independente do tempo de experiência ou especialidade, para o médico, a morte mais difícil é aquela que ele tem que lidar.

[os médicos] Não sabem como comunicar algo que não lhes foi apresentado como uma possibilidade do cuidado médico, em virtude da frágil discussão sobre a morte na formação médica. Sofrem com a perspectiva da mortalidade, da falibilidade e dos limites que cada óbito vivenciado na emergência lhes obriga a admitir e a comunicar (Souza et al., 2018, p. 11).

Os autores assinalam, ainda, que nos contextos de urgência e emergência, o imperativo é agir rápido para salvar vidas. Quando a morte acontece, é sentida como um fracasso profissional, derrota na batalha travada pela medicina contra a morte (Souza et al., 2018). O profissional que atua neste contexto é assolado pela realidade implacável da morte.

Em relação aos óbitos inesperados, observamos que o ato de permitir que o familiar veja o corpo é outro indicador do que se imbrica nessa experiência, sobretudo, no contexto de um pronto socorro, em que, muitas vezes, o paciente tinha sido visto bem pouco antes do incidente que culminou no óbito.

*“Acho que ajudaria no luto, sabe? Deixar claro, reforçar... Eu acho que, no fundo, ele entendeu que o filho morreu, mas ele não quer acreditar (...). **eu acho que ele ver o filho morto no hospital, apesar de ser péssimo e chocante, eu acho que ajudaria a formular melhor luto**”* (Hugo, grifo dos autores).

*“Acho que o sentido da visão é de você tá olhando aquilo, você consegue entender que realmente aconteceu, **você consegue acreditar, é diferente de simplesmente te contarem e você comprar essa ideia**”* (Carolina, grifo dos autores).

Os trechos acima revelam a concepção de que o ato de ver o corpo morto pode auxiliar no processo de elaboração da perda. Excetuando-se a entrevista de Arthur, a mesma construção simbólica é observada na narrativa dos outros participantes.

Na entrevista de Carolina é marcante o papel do ato de ver o corpo morto como um modo de se deparar com a realidade da perda. Neste sentido, relatou a experiência com um familiar que solicitou acompanhar o procedimento de preparação do corpo - função executada pelos profissionais da enfermagem após a constatação do óbito.

*“E aí a gente discutiu sobre isso (...) é um desejo dele, um último cuidado com o corpo do pai, a gente tinha que respeitar. (...) Eu fiquei muito preocupada dele ficar traumatizado, porque ele não é da área. (...) A gente pode falar que a gente tá acostumado, **mas ao mesmo tempo é se acostumar com algo violento, então é difícil**”* (Carolina, grifo dos autores).

Podemos, assim, associar este indicador com um elemento da subjetividade social, de grande relevância cultural: os rituais fúnebres. Estes rituais favorecem a assimilação e a simbolização da perda. Na cultura ocidental, o corpo morto é o símbolo central dos rituais funerários, proporcionando aos entes queridos a possibilidade de tocar, lavar, vestir e contemplar aquele corpo pela última vez (Souza & Souza, 2019).

Considerações finais

Os dados analisados estão de acordo com a literatura encontrada sobre a temática pesquisada, destacando-se a ausência da instrumentalização para a comunicação de más notícias durante a graduação em medicina e enfermagem, o que repercute em diversos âmbitos da experiência do profissional, desde como administram suas próprias emoções até o

modo como lidam com as múltiplas reações emocionais dos familiares dos pacientes. Observou-se que as reações mais extremas costumam causar maior desconforto nos profissionais, sobretudo quando ocorrem mortes abruptas, ocasião em que sentem a necessidade de convocar outros colegas para auxiliá-los, principalmente a equipe de Psicologia.

Corroborando com a ideia de que a produção de sentidos subjetivos é o encontro da subjetividade social e individual, evidenciamos que elementos da subjetividade social inexoravelmente constituem os sentidos subjetivos que se constroem diante das reações dos familiares após uma comunicação de más notícias. Simultaneamente, outros fatores aparecem na miscelânea que compõe os sentidos subjetivos: experiências pessoais de perda dos profissionais, o vínculo com a família em questão, as circunstâncias da má notícia que está sendo comunicada. Esses achados também ratificam que os sentidos subjetivos são construídos no fluxo da experiência vivida.

As vinhetas clínicas, instrumento utilizado para a construção dos dados, mostrou-se uma potente ferramenta de acesso aos sentidos subjetivos da experiência, promovendo o contato com situações verossímeis que suscitam tanto a narrativa de histórias pessoais relacionadas às situações quanto a visualização da atuação específica no cenário descrito.

Por conta do recorte metodológico adotado na presente pesquisa, acessamos a construção de sentidos dos diferentes profissionais apenas em momentos individuais de coleta de informações. Assim, não foi possível identificar como os discursos de um profissional poderiam constituir-se como um elemento na construção de sentido subjetivo de outro profissional, o que poderia ser acessado através de um método grupal de coleta como grupos reflexivos ou grupos focais. O uso combinado de técnicas e instrumentos baseados em relatos verbais poderia viabilizar um acesso mais aprofundado à dimensão da emocionalidade, explorando esferas da experiência emocional que porventura não foram captadas através das entrevistas e do uso das vinhetas.

Este estudo sugere, então, a relevância de haver, durante a formação profissional em saúde, maior espaço para estudo e discussão sobre os temas que emergem em um contexto de comunicação de más notícias. Proporcionando não só desenvolvimento de habilidades comunicacionais, mas também familiaridade com as variadas demandas emocionais que inevitavelmente surgem nestes momentos, viabilizando posturas mais acolhedoras e um pensamento na via da integridade da assistência em saúde.

Contribuições dos autores

Leite, A. R. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, coleta dos dados no campo e análise dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Santana, R. R. C. orientou o trabalho, desde o delineamento metodológico e participou da análise dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Latorraca, C. O. C. orientou o trabalho, desde o delineamento metodológico e revisou a redação do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Amaral, A. L. S. N. (2006). *O sentido subjetivo da aprendizagem para alunos universitários criativos*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/2108>
- Aredes, J. S., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2018). O médico diante da morte no pronto socorro. *Revista de Saúde Pública, 52*, 42. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000296>
- Aredes, J. S. & Modesto, A. L. (2016). "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 26*(2), 435-453. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer [SPIKES - Protocolo de seis passos para comunicar más notícias: aplicação em pacientes com câncer] *Oncologist, 5*(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. *Revista da SBPH, 16*(2), 25-41. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200003
- Borges, M. D. S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012, 6*(3), 113-126. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>
- Carneiro, A.C.M.S. (2017). *Comunicação de más notícias no serviço de urgência*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1917>
- Dias, G. T. (2015). *Comunicação de más notícias no departamento de emergência: uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.5.2016.tde-24022016-115126>
- Fischer, A. H., & Jansz, J. (1995). Reconciling emotions with Western personhood [Reconciliando emoções com a personalidade ocidental]. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 25*(1), 59-81. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1995.tb00266.x>
- Fonseca, J. P. (2012). Luto Antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada. Polo Books.
- Freitas, J. L. (2009). *Experiência de Adoecimento e Morte: Diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia*. Juruá Editora.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural* [R. S. L. Guzzo, Trad.]. Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação* [M. A. F. Silva, Trad.]. Cengage Learning,
- González Rey, F. L. (2007). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria Histórico-Cultural. *Psicologia da Educação, 24*, 155-179. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n24/v24a11.pdf>
- González Rey, F. L. (2010). As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. *Psicologia: Ciência e Profissão, 30*(2), 328-345. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200009>
- González Rey, F. L., & Torres, J. F. P. (2017). La epistemología cualitativa y el estudio de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Conversación con Fernando González Rey [Epistemologia qualitativa e o estudo da subjetividade numa perspectiva histórico-cultural. Conversa com Fernando González Rey]. *Revista de Estudios Sociales, 1*(60), 120-127. <https://doi.org/10.7440/res60.2017.10>
- Muller, P. (2002). Breaking Bad news to patients. The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate Medicine, 112*(3), 1-6. <https://doi.org/10.3810/pgm.2002.09.1318>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática, 15*(3), 34-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt
- Oliveira-Cardoso, E. A., Garcia, J. T., Santos, L. L., & Santos, M. A. (2018). Comunicando más notícias em um hospital geral: a perspectiva do paciente. *Rev. SPAGESP, 19*(1), 90-102. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702018000100008&script=sci_abstract
- Park, I., Gupta A., Mandani K., Haubner, L., Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: a novel training module using simulation with the spikes protocol [Educação de comunicação de más notícias para residentes de medicina de emergência: um novo módulo de treinamento usando simulação com o protocolo Spikes]. *Journal of Emergency and Trauma Shock, 3*(4), 385-8. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>
- Pereira, C. R., Calônimo, M. A. M., Lemônica, L., Barros, G. A. M. (2017). Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E: instrumento de comunicação de más notícias adaptado à realidade médica brasileira. *Revista da Associação Médica Brasileira, 63*(1), 43-49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

- Santos, A. P. R. (2017). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência: práticas e dificuldades da equipa de saúde*. [Dissertação de mestrado, Politécnico de Leiria]. IC-Online. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3685>
- Souza, G. A., Giacomini, K., Aredes, J. S., & Firmo, J. O. A. (2018). Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(03), e280324. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280324>
- Souza, C. P., & Souza, A. M. Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções. (2019). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35412. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundations of Cultural Psychology* [Cultura na mentes e nas sociedades: Fundamentos da Psicologia Cultural]. Sage Publications.
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news [Comunicando más notícias] *American Family Physician*, 64(12), 1975-1979. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/1215/p1975.html>
- Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da SBPH*, 10(1), 53-63. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005
- Vygotsky, L. (1987). *Pensamento e Linguagem* [J. L. Camargo, Trad.]. Martins Fontes.