**Universidade Federal de Pelotas**
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**
**Mestrado em Enfermagem**

Dissertação

# Conflitos éticos dos enfermeiros em Oncologia: Técnica do Incidente Crítico

**Franciele Budziareck das Neves**

Pelotas, 2016

**Franciele Budziareck das Neves**

# Conflitos éticos dos enfermeiros em Oncologia: Técnica do Incidente Crítico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Enf.ª Drª. Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N513c Neves, Franciele Budziareck das

Conflitos éticos dos enfermeiros em oncologia : técnica do incidente crítico / Franciele Budziareck das Neves ; Rosani Muniz, orientadora. — Pelotas, 2016.

110 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Oncologia. 2. Enfermagem oncológica. 3. Conflito (psicologia). 4. Bioética. 5. Comunicação. I. Muniz, Rosani, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

**Franciele Budziareck das Neves**

**Conflitos éticos dos enfermeiros em Oncologia: Técnica do Incidente Crítico**

**Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.**

Data da Defesa: 23/11/2016

Banca Examinadora:

.....

Profª. Drª Rosani Manfrin Muniz, Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP) (Orientadora)

.....

Profª. Drª Eda Schwartz, Pós- Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

.....

Profº. Drº. Evandro Barbosa, Doutor em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

.....

Profª Drª Marilu Correa Soares, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP)

.....

Profª Drª. Juliana Graciela Vestena Zillmer, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este estudo, primeiramente, aos pacientes oncológicos que me permitiram olhar o câncer sob outras perspectivas, além de me instigarem a buscar formas de ajudá-los por meio da comunicação.*

*Também dedico aos enfermeiros que participaram deste estudo, principalmente àqueles que me fizeram acreditar na empatia, solidariedade e na ética como meio de seguir em nossa profissão.*

**Agradecimentos**

*Percorrer caminhos, traçar metas e alcançar objetivos fizeram parte dessa trajetória de dois anos que permitiu o desenvolvimento deste estudo. Nesse interim, estiveram em minha caminhada pessoas especiais, as quais contribuíram com a minha formação, cada uma na sua singularidade; por isso, agradeço imensamente:*

*A Deus*

*Em primeiro lugar agradeço a Deus por todos as oportunidades concedidas.*

*Agradeço por me indicar os caminhos, mostrar as respostas quando pedia auxílio, por me guiar em todas as minhas ações e me fazer acreditar que a fé é um dos caminhos para as conquistas e a resolução dos problemas.*

*Agradeço por ser abençoada com a minha profissão, com a minha família, com os meus amigos e pela sua compaixão e bondade em todos os momentos.*

*Aos meus pais*

*Aos meus pais, Mara e Volnei, serei grata eternamente pelo apoio, dedicação e paciência quando, por vezes, deixei de ser tolerante, me afastando em alguns momentos.*

*Agradeço pela preocupação, pelos conselhos, pelas orações.*

*Agradeço pela educação, amor, carinho, estímulo e fazer acreditar que a base para todas as conquistas é o esforço, a disciplina, a dedicação e a perseverança.*

*À minha irmã*

*Agradeço à minha irmã Caroline, por ser a minha eterna amiga, sendo exemplo de foco e determinação, incentivando-me nessa caminhada, presenciando alguns momentos difíceis.*

*Ao Gustavo*

*Agradeço por tornar este momento mais leve, por ser compreensivo nos momentos de ausência, ansiedade e mau humor. Obrigada por ser companheiro, pelo amor e carinho.*

*À orientadora*

*Serei grata eternamente à minha queria professora Rosani Muniz, a qual me concedeu a oportunidade desenvolver este estudo.*

*Agradeço às orientações, a sua paciência, por saber me ouvir e respeitar minhas opiniões.*

*Agradeço por ser uma pessoa humana, pois além de orientadora consegue enxergar as nossas fragilidades e busca ajudar por meio do diálogo.*

*Aos professores da Pós-Graduação*

*Agradeço aos professores da Pós- Graduação da Enfermagem da UFPel por todo conhecimento compartilhado, pelos ensinamentos, disponibilidade quando solicitados e colaboração.*

*Agradeço pelo acolhimento desde a graduação, tornando-me parte do trabalho da produção científica da Universidade.*

*Aos colegas do mestrado*

*O início de uma pós-graduação nunca é fácil. Pessoas novas, algumas conhecidas, muitos livros, muitas leituras, muitas cobranças e prazos. Mas tudo fica mais fácil quando dividimos nossas dificuldades e preocupações com pessoas que nos compreendem e tornam os nossos dias de luta mais prazerosos.*

*Por isso, queridos colegas, agradeço pelos momentos vivenciados, pelas aulas e trabalhos que dividimos, pelas leituras que discutimos e pelas vezes que nos apoiamos.*

*Agradeço por serem pessoas de bem, por ajudarem o próximo quando em dificuldades, por compartilharem conhecimentos e serem prestativos. Nossa turma em especial foi unida e sempre que podíamos fazíamos uma confraternização. Sentirei saudade.*

*Às colegas do grupo NUCCRIN*

*Agradeço as companheiras de estudos e artigos Dda. Aline C. Viegas, Dda. Bruna K. Pinto, Dda. Débora Eduarda Amaral, Profª Dda. Michele Cristiene N. Barbosa e Profª Dda. Patricia T. Noguez. Obrigada por estarem presentes.*

*À banca de defesa*

*Agradeço as (os) professoras (res) Profª. Drª Eda Schwartz, Profº. Drº. Evandro Barbosa, Profª Drª Marilu Correa Soares e Profª Drª. Juliana Graciela Vestena Zillmer por participarem desde a banca de qualificação até a defesa, contribuindo de maneira significativa na construção deste estudo. Fico lisonjeada por terem aceitado o convite, vocês foram importantes no aprimoramento deste trabalho.*

*“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende.”*

*Guimarães Rosa*

**Resumo**

NEVES, Franciele Budziareck das**. Conflitos éticos dos enfermeiros em Oncologia: Técnica do Incidente Crítico**. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS).

O processo saúde-doença é cercado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelas pessoas que participam. Discute-se que, embora os valores éticos e princípios guiem a prática da enfermagem, os enfermeiros, muitas vezes, ao se depararem com situações clínicas que têm conflitos éticos, apresentam dificuldades para reconhecê-los e articulá-los, principalmente na oncologia. Este estudo objetivou conhecer os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na comunicação de más notícias em oncologia. Apresenta caráter qualitativo e do tipo descritivo, desenvolvido com 22 enfermeiros, durante o período de maio a julho de 2016 por meio de entrevista semiestruturada e gravada. Os participantes foram convidados pessoalmente pela pesquisadora e, após o aceite, as entrevistas foram agendadas, ou para aqueles que se colocaram disponíveis as entrevistas foram realizadas neste momento. Após, realizou-se a análise de conteúdo de acordo com Técnica dos Incidentes Críticos, mediante uma leitura minuciosa e contínua, de modo a isolar a situação ocorrida, os comportamentos emitidos e as consequências resultantes, classificando-os de forma positiva e/ou negativa. Diante desses resultados, observou-se haver um estigma sobre o câncer por parte dos familiares e até mesmo dos profissionais, o que resulta na omissão do diagnóstico e prognóstico ao paciente, podendo gerar conflitos na medida em que há incompatibilidade de opiniões acerca das decisões tomadas. As situações que geraram conflitos com mais incidência foram a comunicação entre a tríade profissionais, familiares e paciente e a futilidade terapêutica e de procedimentos, sendo consideradas oriundas das falhas da comunicação e do paternalismo médico. Dessa forma, frente às situações de conflito ético, os comportamentos positivos emitidos pelos enfermeiros dizem respeito predominantemente às ações em face das decisões médicas e dos familiares e também perante os pacientes oncológicos; nesses casos, os enfermeiros apresentaram papel questionador, orientador e mediador dos conflitos. Entretanto, também referiram barreiras na comunicação como não saber lidar com a situação da omissão do diagnóstico e prognóstico, falta de comunicação entre a equipe, não conhecimento do que o paciente realmente sabe, hierarquia e pedido dos familiares de não comunicação do diagnóstico ao passo que o paciente faz questionamentos sobre seu estado de saúde. Assim sendo, em muitos casos os enfermeiros permaneceram passivos diante das situações sem saber a melhor forma de conduzir os conflitos. Já as consequências positivas e negativas apontadas pelos enfermeiros foram o fato do paciente saber ou não da sua condição de saúde, visto que as decisões podem interferir nos cuidados prestados quando o diagnóstico é omitido ao paciente. Com isso, acredita-se que a Técnica dos Incidentes Críticos contribuiu para identificar positiva e negativamente a vivência dos enfermeiros na comunicação de más notícias em oncologia.

**Palavras-Chave**: Oncologia. Enfermagem oncológica. Conflito (psicologia). Bioética. Comunicação.

**Abstract**

NEVES, Franciele Budziareck das. **Oncological nurses' ethical conflicts: critical incident technique**. 2016. 110 p. Dissertation (Master in Nursing) – PostgraduationProgram in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas (RS).

The heath-illness process is approached by cultural, social and economic elements, which is also differently comprehended and experienced by people who participate. Towards that, it is discussed that, although the ethical values and principles guide the nursing practice, nurses, sometimes, when facing clinical situations that involve ethical conflicts, seem to have some difficulty to recognize it and articulate it, mainly in oncology. This study aimed to know the ethical conflicts experienced by nurses in the communication of bad news in oncology, which happened through Critical Incidents Technique. Also, it has qualitative and descriptive character, and was developed with 22 nurses during the period of May to July 2016, carried out through recorded semistructured interview. The researchers personally invited the participants, and following to their acceptance, the interviews were scheduled, or performed right after the invitation when the participants had time. Later on, the content analysis was done according to the Critical Incidents Technique, by rigorous and continued reading, which enabled the isolation of the occurred situation, the emitted behaviors and the resulted consequences, later classified positively or negatively. Following to these results, it was possible to observe certain stigma felt by relatives, and also by professionals, which results in omission of patient's diagnosis and prognosis, which also may generate conflicts, once there is incompatibility of opinions about the decisions taken. Furthermore, the situations that create conflicts with more incidence were the communication among professionals, relatives and patients, besides the therapeutic and procedures futility, generated from communication failure and paternalistic medicine. Thus, towards the situations, the positive behaviors emitted by nurses concerns predominantly the actions taken from medical and relatives' decisions and towards oncological patients. In these cases, nurses presented questioning, guiding and mediator role in conflicts. However, they also referred barriers in communication, such as no knowing how to deal with situations of diagnosis and prognosis omission, lack of communication among staff, no knowledge on what the patient really knows, hierarchy, and requirement of not telling the patient anything when asked about their health status. Therefore, due to this problematic, in several cases, nurses remain passives towards situations without knowing the best way possible to conduct conflicts. Thus, the resulted consequences of this study were the fact that the patient knows or not about his condition, once the decisions may interfere in the assisted care when the diagnosis is omitted to the patient. Thus, the critical incident technique contributed to identify positively and negatively nurses' experiences in what concerns bad news in oncology.

**Keywords**: Oncology. Oncological nursing. Conflicts (psychology). Bioethics. Communication.

**Resumen**

NEVES, Franciele Budziareck das. **Conflictos étnicos de enfermeros en oncología: técnica de incidente crítico**. 2016. 110 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Pos graduación en Enfermería. Universidad Federal de Pelotas, Pelotas (RS).

El proceso salud-enfermedad es cercado por elementos culturales, sociales e económicos, siendo comprendido y vivenciado distintamente por las personas que participan. Delante de eso, se discute que, aún los valores éticos y principios guíen la práctica de enfermería, los enfermeros muchas veces al depararse con situaciones clínicas que hay conflictos éticos, presentan dificultades para reconocer y articularlos, principalmente en oncología. Este estudio objetivó conocer los conflictos éticos vivenciados por enfermeros en la comunicación de noticias malas en oncología por medio de la técnica de los incidentes críticos. De carácter cualitativo y descriptivo, fue desarrollado con 22 enfermeros, durante el periodo de mayo hasta julio de 2016, por medio de entrevista semiestructurada y grabada. Los participantes fueron convidados personalmente por la investigadora, y después del acepte, las entrevistas fueron agendadas, o para aquellos que se colocaran disponibles, las entrevistas fueron realizadas en este momento. Después, se realizó el análisis de contenido de acuerdo con la técnica de incidentes críticos, mediante una lectura minuciosa y continua, de modo a aislar la situación ocurrida, los comportamientos emitidos y las consecuencias resultantes, clasificándolos de forma positiva y/o negativa. Delante de esos resultados, se observó haber un estigma sobre el cáncer por parte de familiares y hasta mismo de los profesionales, lo que resulta en la omisión de diagnóstico y pronostico al paciente, pudendo generar conflictos en la medida en que hay incompatibilidad de opiniones acerca de decisiones tomadas. Además, las situaciones que generan conflictos con más incidencia fueron la comunicación entre la tríade profesional, familiares y paciente, y también la futilidad terapéutica y de procedimientos, siendo consideradas oriundas de fracaso en la comunicación y paternalismo médico. De esta forma, delante las situaciones, los comportamientos positivos emitidos por los enfermeros dicen respecto predominantemente a las acciones de las decisiones médicas y de los familiares, y también delante pacientes oncológicos, en estos casos, los enfermeros presentaran papel cuestionador, orientador y mediador de conflictos. Sin embargo, también refirieran barreras en la comunicación como no saber manejar la situación de omisión de diagnóstico y pronostico, falta de comunicación entre el equipo, no conocimiento de que el paciente realmente sabe, jerarquía y pedido de familiares que no comunique, al paso que el paciente hace cuestionamientos sobre su estado de salud. Así siendo, debido a esa problemática, en muchos casos, los enfermeros permanecen pasivos delante de situaciones sin saber la mejor forma de conducir los conflictos. De esta manera, las consecuencias de este estudio fueron el facto del paciente saber o no de su condición de salud, visto que las decisiones pueden interferir en el cuidado prestado, cuando el diagnóstico es omitido al paciente. Con eso, se acredita que la técnica de incidentes críticos contribuyó para identificar positiva y negativamente la vivencia de enfermeros en la comunicación de noticias malas en oncología.

**Palabras-clave**: Oncología. Enfermería oncológica. Conflicto (psicología). Bioética. Comunicación.

## Lista de figuras

Figura 1 Fluxograma dos incidentes críticos..... 49

## Lista de Quadros


Quadro 1 Caracterização dos participantes..... 52

Quadro 2 Situações vivenciadas relacionadas ao estigma da doença e à omissão do diagnóstico..... 49

Quadro 3 Situações vivenciadas relacionadas à comunicação entre a equipe, paciente e familiares e futilidade terapêutica e de procedimentos.... 53

Quadro 4 Comportamentos identificados relacionados ao papel do enfermeiro, ações do enfermeiro frente às decisões médicas e dos familiares e ações dos enfermeiros frente aos pacientes oncológicos..... 60

Quadro 5 Comportamentos relacionados às barreiras na comunicação e a passividade do enfermeiro..... 67

Quadro 6 Consequências positivas e negativas do paciente saber ou não o diagnóstico de câncer..... 73

## Lista de Siglas e Abreviaturas

| | |
|---|---|
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| EBSERH | Empresa brasileira de serviços hospitalares |
| GEP | Gerência de Ensino e Pesquisa |
| HE | Hospital Escola |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| *LILACS* | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| NUCCRIN | Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces |
| PIDI | Programa de internação domiciliar |
| Pubmed | Public Medical |
| SciELO | Scientific Eletronic Library Online |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TIC | Técnica dos Incidentes Críticos |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UCPEL | Universidade Católica de Pelotas |

**Sumário**

1 Introdução .....15
1.1 Justificativa.....18
1.2 Objetivos .....19
1.2.1 Objetivo geral .....19
1.2.2 Objetivo específico .....20
1.3 Pressupostos.....20
2 Revisão de literatura .....21
2.1 Bioética na comunicação de más notícias.....29
2.2 Conflitos éticos na enfermagem oncológica .....21
3 Metodologia.....33
3.1 Pesquisa qualitativa .....34
3.2 A técnica do Incidente Crítico.....34
3.3 Local do estudo .....38
3.4 Período da coleta dos dados.....39
3.5 Participantes do estudo .....39
3.5.1 Critérios de inclusão .....39
3.5.2 Critérios de exclusão .....40
3.6 Procedimentos éticos .....40
3.6.1 Riscos da pesquisa .....41
3.5.2 Benefícios da pesquisa .....42
3.7 Procedimentos para a coleta de dados .....42
3.8 Análise de dados.....44
3.9 Divulgação dos resultados .....48
4 Resultados e discussão.....49
4.1 Situações encontradas nos relatos dos enfermeiros que vivenciam conflitos éticos na oncologia.....50
4.2 Análise comportamental dos enfermeiros que vivenciam conflitos éticos em oncologia.....65
4.3 Consequências atribuídas aos conflitos éticos vivenciados por enfermeiros em oncologia.....78
5 Considerações finais .....84
Referências .....87
Apêndices.....98

Anexos .....103

## 1 Introdução

A presente pesquisa visa discutir os conflitos e dilemas éticos presentes na prática do enfermeiro em oncologia. Neste pensar, considera-se pertinente apresentar os conceitos destes termos: conflito e dilema, já que são utilizados como sinônimos pelos autores incluídos nesta pesquisa e, também, os termos ética e moral. De acordo com Ferreira (2010), conflito é uma profunda falta de entendimento entre duas ou mais partes e dilema a necessidade de escolher uma alternativa em que não há opção satisfatória.

Dessa maneira, ao surgir um conflito entre indivíduos, há a possibilidade de desencadear um dilema quando a resolução do problema não contemplar positivamente ambas as partes envolvidas, sendo que a conduta a ser tomada é guiada por meio da ética e da moral e os indivíduos irão definir a solução ou acordo para tal situação.

Assim sendo, no presente estudo, será utilizado, predominantemente, o conflito, visto que nesse ainda possa existir falta de entendimento, relacionado a interesses, concepções, sentimentos, valores e ideias.

Desde suas origens entre filósofos da antiga Grécia, a Ética é um tipo de saber que pretende orientar as ações dos seres humanos. A moral também é um saber que oferece orientações para a ação, entretanto, enquanto ela propõe ações concretas, a Ética remonta à reflexão sobre as diferentes morais e as diferentes maneiras de justificar racionalmente a vida moral, sendo que a sua maneira de orientar é uma ação indireta, ou seja, pode indicar qual concepção moral é mais razoável para que possamos orientar nossos comportamentos (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010).

A crescente complexidade dos conflitos éticos contemporâneos na prática representa um desafio para os profissionais da enfermagem, haja vista que, há vários dilemas éticos enfrentados pelos enfermeiros no cumprimento de seu trabalho, sugerindo um processo de tomada de decisão com base em conhecimentos, habilidades e experiências. Destarte, a ética e a moralidade possibilitam o suporte em valores, princípios e argumentos éticos capazes de oferecer o respaldo necessário no desenvolvimento da prática (DAVIS; SCHRADER; BELCHEIR, 2012; CANTILLO; ILLERA, 2013).

O conflito ético na área hospitalar surge quando existem diferenças de valores entre os indivíduos e aqueles defendidos pelas organizações hospitalares, de pesquisa e conselhos nacionais e internacionais de ética na pesquisa pública e privada, incluindo os princípios e valores éticos. Na prática, um conflito de princípios éticos é evidenciado, por exemplo, na beneficência e autonomia[1]; no conflito de valores: o valor da vida e respeito pelos bens de outro; no conflito de interesse: o desejo do paciente e o que os familiares querem; nos conflitos de ética pessoal e obrigações do papel profissional (GAUDINE; THORNE, 2013; CANTILLO; ILLERA, 2013).

Para Marquis e Huston (2010, p. 74), as questões mais espinhosas são chamadas de dilemas morais ou éticos e podem ser descritos como ser forçado a escolher entre duas ou mais alternativas indesejáveis. Os autores ainda exemplificam: um enfermeiro pode enfrentar um dilema moral ou ético ao ser obrigado a prestar um atendimento ou tratamentos que estejam em conflito com suas crenças.

Estudos apontam que os enfermeiros reconhecem as situações de conflito, mas não se sentem devidamente capacitados para intervir e tomar decisões (CANTILLO; ILLERA, 2013; IGLESIAS; VALLEJO, 2014). Dessa forma, a falta de empoderamento[2] torna o profissional enfermeiro vulnerável às situações éticas difíceis e, para Pavlish et al (2012) isso ocorre quando, diante de situações, os enfermeiros tendem a tomar decisões intuitivamente, ocasionando altos níveis de angústia moral.

---

[1] A Autonomia promove a autodeterminação e a liberdade de escolha. Na Beneficência são realizadas ações na tentativa de promover o bem (MARQUIS; HUSTON, 2015).

[2] O Empoderamento é um processo pelo qual as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde. Cada dia mais comuns, as doenças crônicas estão presentes no serviço de saúde, requerendo atenção dos profissionais de saúde e empoderamento dos acometidos por elas (TADDEO et al, 2012).

Para Marquis e Huston (2010, p. 72), a angústia moral ocorre quando o indivíduo sabe o que é o certo a ser feito, mas impedimentos organizacionais dificultam a escolha do rumo correto da ação. Na área da saúde, a angústia moral é uma preocupação crescente e são mais intensas em relação ao cuidado de pacientes terminais, pois surge a falta de colaboração e comunicação entre todas as partes envolvida.

Assim, quando um dilema ético não é resolvido, o ambiente de trabalho torna-se estressante, causa sentimentos de frustação e impotência, consequentemente, comprometendo a assistência ao paciente, o que gera insatisfação no trabalho, divergência entre membros das equipes e, até mesmo, a Síndrome de Burnot[3] (DAVIS; SCHRADER; BERLCHAIR, 2012; ZYDZIUNAITE; LEPAITE; SUOMINEN, 2013).

De acordo Davis, Schrader, Berlchair (2012), enquanto as áreas que envolvem sofrimento moral e objeção de consciência ganharam atenção na literatura de enfermagem, não está claro quem pode ser mais propenso a experienciar o sofrimento moral e optar por usar a objeção de consciência com a intenção de evitar ter que lidar com dilemas éticos. No entanto, a enfermagem oncológica experimenta frequentemente conflitos morais mais que em outras áreas, muitas vezes, problemas estruturais como a comunicação interprofissional inadequada, sistema de saúde complexo e fragmentado, avanços contínuos na pesquisa, várias opções de tratamento e auxílio na adaptação do paciente e familiar frente às novas condições de vida, considerando e articulando as dimensões éticas e morais do cuidado (PAVLISH; BROW-SALTZMAN; JAKEL; ROUNKLE 2012).

Para McLennon et al (2013), existem variações culturais associadas à doença, morte e morrer e o enfermeiro; nessas circunstâncias, necessita de entendimento do seu papel, pois existe uma fragilidade na atenção à gestão do conflito familiar e compreensão do momento vivenciado.

Nesse contexto, a Bioética surge como uma preocupação ética pela vida em seus aspectos mais gerais, por isso o uso do prefixo “bio” (DALL’AGNOL, 2004). A Bioética se caracteriza por ser um elo entre duas culturas, a científica e a

---

[3] A síndrome resulta de um processo sequencial que envolve três dimensões: (a) exaustão emocional: desgaste ou perda dos recursos emocionais que leva à falta de entusiasmo, frustração e tensão; (b) despersonalização: desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas no trabalho; (c) diminuição da realização pessoal no trabalho: tendência à autoavaliação profissional negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito, o que origina sentimentos de inadequação e fracasso (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999).

humanística-moral, requer uma mudança profunda em toda a cultura de saúde seja nos próprios profissionais, nas suas relações interprofissionais, como também na organização e gestão dos serviços. Entretanto, não basta ter regras, é preciso realizar mudanças que possam definir o trabalho e as contribuições, estabelecendo a responsabilidade conjunta que permita a contribuição de cada grupo profissional (DALL'AGNOL, 2004; CANTILLO; ILLERA, 2013).

Diante do exposto, é importante analisar profundamente os conflitos éticos dos enfermeiros sob a perspectiva da bioética, almejando o entendimento e reconhecimento dos problemas, as possíveis implicações, na busca de resolução.

## 1.1 Justificativa

Em 2014 ao desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na área de oncologia, evidenciou-se as lacunas existentes na comunicação diagnóstica e os conflitos éticos. As situações vivenciadas pelos enfermeiros que caracterizaram os conflitos éticos foram a omissão do diagnóstico ao paciente e a vontade do familiar em detrimento da vontade do paciente em relação ao saber da doença (NEVES, 2014).

Os resultados do estudo de Neves (2014) foram compostos por seis participantes que apontaram que a família, predominantemente, decide sobre não comunicar o diagnóstico de câncer, ou seja, as más notícias ao paciente e que os médicos influenciaram para tal decisão. Neste sentido, os profissionais de enfermagem não apresentaram participação durante o processo, tendo em vista que familiares referiram não enxergar o papel do enfermeiro nas unidades.

O termo "má notícia" designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida daqueles. Por ser uma tarefa tão estressante, muitos médicos evitam a comunicação e essa decisão traz consequências negativas para o paciente e seus familiares (LINO et al, 2010).

Entende-se que as consequências estão diretamente ligadas ao tratamento do paciente, visto que ele tem o direito de escolha, de tratar ou não. Outrossim, o planejamento e o resgate de situações que gostaria de resolver em sua vida e que, por não saber do curso da doença, deixa de planejar. Por conseguinte, pode afetar

sua família de forma que seus membros sentem-se culpados, após a morte do paciente, por não ter comunicado a doença.

Observa-se, ainda, que os profissionais da enfermagem possivelmente experimentam consequências negativas, na medida em que desempenham seu trabalho baseado na patologia do paciente e a demanda que ele dispõe. Contudo, para um cuidado humano e individualizado, é necessário que haja comunicação entre paciente e profissional, sendo que na situação de omissão de diagnóstico, o enfermeiro poderá encontrar barreiras para desempenhar o seu papel de forma integral.

O estudo de Neves (2014) apontou que, ao perguntar aos enfermeiros quais pacientes não sabiam da doença, responderam que não tinham conhecimento sobre quais pacientes desconheciam o diagnóstico de câncer e referiram que falar sobre a doença é dever do médico. Esse posicionamento revela o distanciamento do profissional enfermeiro frente aos pacientes e familiares em situações críticas, principalmente as que envolvem conflitos éticos, além da falta de preparo e conhecimento para lidar com essas circunstâncias.

Conforme Kelley, Docherty, Brandon (2013), conhecer o paciente é um elemento essencial para a prática de enfermagem. Cada enfermeiro precisa ter a capacidade de obter informações clínicas e pessoais necessárias para avaliá-lo.

A fim de elencar os estudos sobre os conflitos éticos na enfermagem oncológica, foi realizada uma revisão integrativa. Composta por 14 estudos estrangeiros, sendo que nenhum deles apresentou a Técnica do Incidente Crítico como metodologia, a revisão apontou a importância de aprofundar tal assunto, dando relevância para esse estudo.

Frente ao exposto, sentiu-se a necessidade de analisar tais lacunas encontradas por meio da pesquisa e investigação. Dessa maneira, formulou-se a questão norteadora: que conflitos éticos são vivenciados pelos enfermeiros na comunicação de más notícias em oncologia?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo geral

- Conhecer os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na comunicação de más notícias em oncologia.

### 1.2.2 Objetivo específico

- Identificar a vivência do enfermeiro na comunicação de más notícias em oncologia;
- Elencar os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros frente ao diagnóstico e ao tratamento do câncer da clientela;
- Descrever as ações do enfermeiro nos conflitos éticos vivenciados em oncologia.

## 1.3 Pressupostos

- Na área da oncologia, o enfermeiro vivencia os conflitos éticos em relação à família com o segredo, uma vez que esta teme que o paciente descubra seu diagnóstico; e com os profissionais da área médica, devido a sua dificuldade de comunicar as más notícias; desse modo, apoiam-se no sigilo e silêncio sobre o diagnóstico e prognóstico da doença do paciente;
- Os profissionais apresentam fragilidades na comunicação de más notícias referente ao diagnóstico, prognóstico e terapêuticas dos pacientes oncológicos e isso repercute nas ações do enfermeiro, comprometendo a humanização e acolhimento do paciente oncológico, bem como em relação aos outros profissionais da equipe;
- Observa-se que os aspectos culturais norteiam a comunicação de más notícias, uma vez que essa (cultura) permeia as relações entre enfermeiro-médico, enfermeiro-paciente e enfermeiro-familiar, contribuindo para que os eles sintam-se impotentes para lidar com a situação no seu cotidiano profissional, podendo ocorrer a omissão do diagnóstico e prognóstico, futilidade terapêutica e barreiras na comunicação.

## 2 Revisão de literatura

Este capítulo é composto por uma revisão integrativa com o tema *Conflitos éticos na enfermagem oncológica*.

### 2.1 Conflitos éticos na enfermagem oncológica: revisão integrativa

Para abordagem do tema foi realizada uma revisão integrativa a fim de elencar os estudos sobre a temática. A revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos, obtendo um profundo entendimento de um determinado fenômeno com base em estudos anteriores. Aponta para a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT; BECK, 2006).

Esta revisão foi desenvolvida em seis etapas de acordo com os autores Mendes, Silveira e Galvão. A primeira etapa consistiu em delimitar uma questão de pesquisa, de forma clara, que apresentasse relevância para o meio científico. Na segunda etapa, foi realizada a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos e busca desses na literatura.

Para o levantamento dos artigos utilizados, foram realizadas pesquisas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e na biblioteca Scientific Electronic Library Online org (SciELO).

Os descritores controlados utilizados para a busca foram: “ethics”, “conflict (Psychology)”, “oncology nursing”. Os descritores não controlados foram: “ethical", “conflict” e “dilemma”, também utilizados respectivamente do plural. Todos os descritores foram usados na língua inglesa a fim de proporcionar um maior alcance da busca e pesquisados nos dicionários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subjects Headings), juntamente com os operadores booleano AND e OR para organizar os blocos da pesquisa.

Os critérios utilizados para inclusão foram estudos qualitativos e quantitativos que abordassem os conflitos éticos na enfermagem oncológica ou conflitos vivenciados por enfermeiros em unidades que possuam pacientes oncológicos. Também foram selecionados estudos que estivessem no corte temporal de 10 anos. Já para os critérios de exclusão, foi definida a retirada de estudos fora da temática, ou seja, aqueles que não contemplassem o foco da pesquisa.

A terceira etapa consistiu na definição das informações que foram coletadas de cada estudo selecionado. Para tal, optou-se pela construção de um quadro analítico proposto por Ursi(8), constando os itens identificação (nome da pesquisa, autores, tipo de publicação, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção estudada, resultados, recomendações e conclusões), o que permitiu melhor visualização e organização dos dados para avaliação dos estudos.

As três etapas posteriores são: avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O material de análise do estudo proposto foi constituído de 64 artigos na base de dados PubMed, 11 na Biblioteca do SciELO org e 1 na base de dados do Lilacs, totalizando, assim, 76 estudos. Destes, 43 foram excluídos por apresentarem mais de 10 anos de publicação, 14 não contemplavam a temática, 4 não foram localizados, ou seja, eram artigos bloqueados e não foi obtido sucesso ao entrar em contado com o autor, e 1 não era artigo, mas sim um editorial de uma revista. Desse modo, foram selecionados 14 estudos para análise, sendo todos da base de dados do PubMed.

O número de artigos descritos para análise evidenciou que são poucos os estudos produzidos envolvendo conflitos éticos na enfermagem oncológica, caracterizando relevância para abordagem do tema.

Em relação ao ano de publicação, os estudos variaram de 2008 a 2015. Os anos de 2008 e 2011 com um artigo cada (SORTA-BILAJAC, 2008; MARKIDES,

2011); os anos de 2009, 2012 e 2015 com dois artigos para cada (MCCABE; COYLE, 2009; CHIU et al, 2009; ALTOUNJI et al, 2012; HARTLAGE, 2012; PAVLISH et al, 2015; HOULIHAN, 2015), os anos de 2013 e 2014 com três artigos para cada (PAVLISH et al, 2013; PYE, 2013; MCLENNON et al, 2013; PARK et al, 2014; MACCABE; COYLE, 2014; PLAVLISH et al, 2014).

Dentre os locais de origem, os Estados Unidos predomina com maior número de publicações com oito artigos, seguido do Reino Unido, Coréia do Sul, Arábia Saudita, Taiwan, Croácia e Chipre, com um artigo cada.

Quanto aos tipos de estudos, predominaram os estudos quantitativos com seis artigos (SORTA-BILAJAC, 2008; CHIU et al, 2009; ALTOUNJI, 2013; PAVLISH 2013; MCLENNON et al 2013; PARK et al, 2014), seguido dos estudos qualitativos com cinco artigos (PAVLISH et al, 2013; PYE, 2013; PAVLISH 2014; HOULIHAN, 2015; PAVLISH 2015), dois de revisão (BABGI, 2009; MARKIDES, 2011) e um estudo de caso (MCCABE, 2014).

Com relação aos principais resultados dos artigos, os conflitos e dilemas éticos vivenciados por enfermeiros na prática oncológica estão relacionados aos pacientes em terminalidade, a não comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente, à perspectiva moral e cultural tanto dos profissionais quanto dos familiares do paciente, à futilidade do tratamento, à dificuldade dos enfermeiros em lidar com situações éticas difíceis e à comunicação na equipe.

Atualmente, o papel de um bom enfermeiro tem sido caracterizado como aquele que é defensor de pacientes e suas famílias (PARK et al, 2014). Desse modo, para o mesmo autor, os enfermeiros precisam não somente tomar suas próprias decisões éticas, mas também apoiar seus pacientes. Nesse sentido, Park et al (2014) referem que identificar e compreender as questões éticas que cercam o atendimento ao paciente é o primeiro passo na tomada de decisões éticas na prática de enfermagem.

Saber sobre o paciente, não só clinicamente, é um elemento essencial para a prática da enfermagem, os profissionais não podem se esconder atrás de técnicas, pois muito além delas está a capacidade que eles precisam ter de compreender a si como um instrumento terapêutico ou como remédios que podem acalmar, aliviar a dor, a ansiedade e o medo (KELLEY; DOCBERTY; BRANDON, 2013; CAPONERO, 2015).

Todavia, muitos profissionais de saúde permanecem em silêncio sobre questões éticas até que uma crise de precipitação ocorre e já não pode ser evitada. Nessa lógica, os profissionais precisam ser honestos sobre as limitações de prognóstico e tratamento, pois os doentes podem tomar melhores decisões quando sabem o que está acontecendo, mesmo que os abale emocionalmente (MARKIDES, 2011; PAVLISH, 2015).

No entanto, McLennon et al (2012) explanam que os enfermeiros oncológicos apesar de terem oportunidade de se envolverem no prognóstico em relação à comunicação com pacientes que têm câncer avançado, encontram barreiras, como deficiências na comunicação relacionada ao prognóstico, o que acarreta em atraso nos cuidados no fim da vida e contribui para tratamentos não benéficos.

As deficiências de comunicação acontecem, pois, na tomada de decisões, fatores individuais e interacionais e ao nível do sistema das instituições, perpetua uma cultura de prevenção. Nessa cultura, estão incluídos fatores emocionais e intelectuais da ética, abordando as diferenças de perspectivas morais, o medo de prejudicar as relações, a falta de continuidade no atendimento e a falta de tomada de decisão compartilhada (MCLENNON, 2013; PAVLISH et al, 2014; PARK et al, 2014).

Ademais, existe uma cultura que é predominantemente relacionada ao silêncio, ou seja, a não comunicação do diagnóstico e do prognóstico ao paciente. Ao passo que, diferentes culturas influenciam situações emocionalmente carregadas e podem induzir a determinação de preferências dos familiares em detrimento daquilo que o paciente aponta como vontade, além das diferentes concepções de bom atendimento entre os profissionais, os quais manifestam determinados comportamentos de acordo com as suas opiniões e crenças que, muitas vezes, vai de encontro da ética profissional, podendo ocasionar sofrimento moral nos profissionais enfermeiros (CHIU et al, 2009; MCLENNON et al, 2013; PAVLISH et al, 2014; PAVLISH et al, 2015).

Apesar do crescente aumento da demanda ética na tomada de decisões em saúde, são poucas as inciativas organizacionais promovidas para auxiliar os profissionais nesse processo (CORLEY et al, 2005). A falta de tempo, a falta de apoio organizacional, os conflitos com outros profissionais, as políticas institucionais e os diferentes limites éticos e legais associados ao processo de tomada de decisão

podem levar os enfermeiros a vivenciar o que se denomina de sofrimento moral (BURSTON; TUCKETT, 2013).

Além da cultura pessoal, as culturas organizacionais desencorajam, desde cedo, a participação na ética relacionada ao tratamento e tendem a se concentrar na autoridade moral, o que torna mudez moral em todos os âmbitos (VERHEZEN, 2010). Entretanto, mais do que um produto de crenças e experiências individuais ou mesmo relacional e interações, a ação moral também parece ser influenciada pelas suposições sociais sobre "quem fica para dizer o quê" e "quem tem a responsabilidade de que" em situações eticamente difíceis (PAVLISH et al, 2013, p. 317).

Nesse contexto, os enfermeiros sofrem pressão para estarem de acordo com essas premissas sociais, sempre questionando a si ao invés de questionar o sistema. Por isso, as estruturas hierárquicas em cuidados de saúde e as obrigações contraditórias são apontadas como pontos de conflito (MCLENNON et al, 2013; PYE, 2013; PAVLISH et al, 2013).

Em oncologia, esses pontos de conflito acarretam em consequências negativas para os pacientes, pois os dilemas mais frequentes ocorrem em relação à quimioterapia e ao tratamento para o fim da vida, que requerem da enfermagem oncológica reflexão sobre a moral e ética nas decisões sobre o tratamento do câncer, particularmente quando a capacidade de curar um doente é diminuída pela progressão da doença (ISORTA-BILAJAC, 2008; McCABE; COYLE, 2013; HOULIHAN, 2015).

Assim, embora a morte seja presença constante no cotidiano hospitalar e domiciliar, há uma conjuração em torno do silêncio que traz como principais consequências a solidão do paciente em seu processo de morrer, o isolamento da família e a solidão da equipe de saúde diante de seus próprios medos e angústias (SILVA, 2009).

Esses acontecimentos ocorrem devido ao significado que a morte apresenta na concepção dos indivíduos, pois está sempre associada à dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza, o fim absoluto de um ser humano. Ademais, cada cultura interpreta a morte de forma particular, e seus membros tentam perpetuar interpretações veiculadas de formas diversas, de geração a geração (FRANÇA; BOTOMÉ, 2005; MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Soma-se a esse quadro, o fato de que a morte é institucionalizada e medicalizada, ou seja, encontram-se nos hospitais aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manter o organismo do paciente em funcionamento e profissionais treinados para manipulá-los, porém, sem preparo para assistir as reais necessidades do paciente em iminência de morte, assim como de sua família (COSTA; LIMA, 2005).

Nessa perspectiva, Chiu et al (2009) refere que todos os envolvidos, pacientes, familiares, enfermeiros e médicos tendem a atrasar ou adiar conversas sobre prognóstico e opções de tratamento em fim de vida, característica apontada como comum em situações de terminalidade.

Todavia, essa situação é errônea, visto que, as partes interessadas devem interagir para tomar decisões de tratamento importantes no contexto. No entanto, muitas vezes, as opiniões são antagônicas e embasadas nas perspectivas morais e culturais de cada um (PAVLISH et al, 2014; PAVLISH et al, 2015). Assim sendo, ressalta-se que os estudos apontam que no meio profissional, muitas vezes, as decisões são tomadas de acordo com os fatores supracitados, e que se sobrepõe à ética profissional e aos diretos dos pacientes.

No sentido do diálogo, conforme Caponero (2015), tudo o que é dito ao paciente e seus familiares pelos profissionais envolvidos traz grande impacto na comunicação entre eles, embora seja uma atividade comum e rotineira na área da saúde, a arte da comunicação assume um papel extremamente significativo em situações de grande sobrecarga emocional. Dessa forma, o autor afirma que, conforme a vulnerabilidade em que o paciente se encontra, poderá haver uma atenção seletiva a certos aspectos da comunicação em detrimento de outros, como o volume de informações, por isso a informação deve ser gradual, acompanhando aquilo que o paciente consegue absorver.

De acordo com Lino et al (2010), a maioria dos profissionais médicos utilizam sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia, mas nem sempre o resultado é satisfatório. Enfatiza ser necessário que o profissional busque algumas orientações gerais sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática e, ao mesmo tempo, focalizando a atenção no paciente.

Mais do que seguir etapas, é importante identificar o meio em que o paciente se encontra, pois para Caponero (2015), o discurso é afetado pelas condições

socioculturais, que influenciam nos aspectos relacionados ao rendimento expressivo das escolhas linguísticas, tendo em vista os variados fins da comunicação verbal.

Nesse sentido, o estudo de Babgi (2009), apresentou um fator contrastante, fazendo uma comparação entre Arábia Saudita e os Estados Unidos em relação às tomadas de decisões sobre a terminalidade. Os países apresentaram condutas distintas, já que o primeiro conduz as decisões apoiado nas questões religiosas; em contrapartida, o segundo conduz de acordo com os direitos constitucionais.

Um estudo realizado na China apontou que a prática corrente de más notícias envolvia a divulgação de informações primeiro aos membros da família, os quais, em seguida, decidiam se o paciente deveria receber as informações. Recentemente, no entanto, o direito dos doentes de serem informados foi regulamentado por lei e isso representou um dilema para os oncologistas que, agora, precisam equilibrar a prática tradicional com as novas exigências legais (WUENSCH, 2013).

Sob esta ótica, acredita-se interessante pensar no contexto, seja político, cultural, social ou religioso que, tanto os profissionais quanto os pacientes e familiares estão inseridos, para que se possa refletir sobre as condutas tomadas em todas as instâncias.

Nas unidades de oncologia, aponta-se como um dilema ético o uso excessivo ou a subutilização de gestão de medicações para a dor, muitas vezes não é considerada a qualidade de vida do paciente. Essa problemática está relacionada à falta de conhecimentos na gestão da dor, pois há tendência médica de concentrar-se em tratamento de câncer sem considerar os cuidados paliativos e o temor sobre questões jurídicas relacionadas ao uso excessivo de substâncias controladas (PARK et al, 2014; HOULIGAN; 2015).

Corroborando, o estudo identificou que a administração agressiva de tratamentos no fim da vida foi ilustrado em 65% das 62 situações eticamente difíceis mencionadas, apresentando um alto índice nessa questão (PAVLISH et al, 2015). Já o estudo de Pavlish et al (2013) menciona o sofrimento moral do enfermeiro referente aos tratamentos agressivos e desnecessários aos pacientes. Dessa forma, a futilidade do tratamento em pacientes com câncer avançado foi relatado como um fator que reduz a qualidade de vida e gera um dilema moral entre os enfermeiros (MCLENNON, 2013).

Nesse sentido, Näppä et al (2014) referem que, na administração de quimioterapia paliativa em paciente terminal, os enfermeiros não possuem poder

nem conhecimento de agir de acordo com sua própria percepção daquilo que é certo e, por esse motivo, deparam-se com uma situação de dilema entre paciente, familiares e médicos.

O fato que prejudica essa condição ocorre quando o médico não obtém uma discussão sobre a morte com o paciente e, consequentemente, os enfermeiros enfrentam dificuldade moral, pois não fazem parte da tomada de decisões relativas à quimioterapia paliativa, metas de prognóstico e tratamento, mas eles têm de implementar o tratamento e conviver com os conflitos éticos (NÄPPÄ et al, 2014).

No entanto, acredita-se que os dilemas podem ser prevenidos quando houver um diálogo eficaz e aberto entre as partes envolvidas. Deve existir a oportunidade para enfermeiros de participarem na tomada de decisões e discutir metas de tratamento com os médicos, pacientes e famílias, pois isso pode diminuir conflito ético. Ademais, a participação dos enfermeiros pode aliviar a tensão entre paliativos cuidados e terapias contra o câncer por meio da educação e coordenação dos cuidados (NÄPPÄ et al, 2014; HOULIHAM, 2015).

Por conseguinte, estudo realizado com enfermeiros estimou que mais da metade deles manifestou a necessidade de educação sobre ética. Cerca de 70% dos enfermeiros desse estudo mencionaram colegas ou gerentes como recursos de enfermagem na organização para lidar com esse tipo de questão (PAVLISH et al, 2014). Reforça-se que as habilidades e o conhecimento são fundamentais no gerenciamento de conflitos, assim como a educação em ética como uma estratégia necessária e fundamental para criar um clima que facilite a discussão de questões éticas entre os enfermeiros.

É fato que, na parte clínica, é esperado que ocorram desacordos morais. Quando se progride para conflitos éticos, o cuidado torna-se mais complicado e, muitas vezes, prejudicam os pacientes que já se encontram em estado grave. Diante disso, percebe-se que existe uma lacuna na comunicação da tríade profissionais, paciente e familiares, o que prejudica as relações e a tomada de decisões que frequentemente são impostas pelos médicos e familiares, desconsiderando a vontade do próprio paciente.

Frente a essa complexa questão, reitera-se que ambientes de prática clínica devem fomentar o diálogo na equipe multidisciplinar sobre diferenças morais e, consequentemente, prevenir ou mitigar conflitos éticos e o sofrimento moral.

# 3 Marco Conceitual

## 3.1 Bioética na comunicação de más notícias em oncologia

Para a discussão do tema *Bioética na comunicação de más notícias em oncologia* realizou-se uma busca livre em artigos e livros sobre os temas que abordassem bioética na comunicação em saúde.

O cuidado em saúde está relacionado a assistir ao indivíduo, família e comunidade, procurando promover saúde, prevenir enfermidades e amparar o ser humano em situações de doença, baseado em valores humanísticos e em conhecimentos científicos (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2010).

Na Enfermagem, especificamente, o cuidado não se restringe aos procedimentos técnicos, mas também envolve a subjetividade humana. Desse modo, para Fernandes et al (2013), o enfermeiro deve adotar uma prática assistencial que considere a subjetividade de forma integral, ou seja, em suas dimensões física, emocional e espiritual e contemple, também, a singularidade.

Frente a isso, a Bioética e seus princípios – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – surgem para nortear a conduta humana a partir das decisões perante aos conflitos morais diante do cuidar, contribuindo para uma assistência alicerçada no respeito e na dignidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2015).

Para Dall' Agnol (2004, p. 30), o princípio do respeito à autonomia pressupõe três condições para considerar uma ação como sendo autônoma: a intencionalidade; o conhecimento e a não interferência. A autonomia está pensada em termos de capacidade para deliberar e escolher livremente, não há, certamente, ação autônoma sem que haja intencionalidade e sem que exista conhecimento.

Conforme Caponero (2015), a autonomia do paciente só pode ser considerada quando ele está ciente da sua condição e de suas opções. Dessa maneira, informar o paciente sobre o seu diagnóstico e prognóstico deve ter a intenção, primeiramente, de fazer o bem e, ao mesmo tempo, de evitar causar um mal com a informação. O princípio da autonomia pressupõe, então, os princípios do consentimento e do respeito às pessoas, pois se o paciente é quem deve decidir, torna-se imprescindível que ele receba todas as informações pertinentes a fim de tomar a melhor decisão.

O princípio da não-maleficência, em termos simples, pode ser dito como “não cause danos aos outros”. Ele significa a obrigação do profissional da saúde de, na impossibilidade de fazer o bem, ao menos não causar algum tipo de dano (físico, psicológico, moral e até material) ao paciente (DALL’ AGNOL, 2002, p. 38).

O princípio da beneficência significa etimologicamente, “fazer o bem aos outros”, são consideradas formas de beneficência: o amor, o altruísmo etc. No caso específico da ética biomédica, o profissional da saúde tem o dever de agir em benefício do paciente. (DALL’AGNOL, 2002, p. 43).

Por fim, o princípio da justiça envolve questões como a distribuição dos recursos, o acesso à saúde etc., relacionado também com problemas econômicos, com o papel do mercado na determinação dos investimentos para a saúde pública. Em termos simples, este princípio significa tratar equitativamente as pessoas. (DALL’ALGNOL, 2002, p. 49).

A comunicação de más notícias, mais especificamente falar sobre câncer, ainda é um problema e existem barreiras que impedem um diálogo adequado, interferindo na autonomia do paciente, uma vez que prevalecem a cultura, as crenças e o preconceito sobre a doença, aliado à ideia de terminalidade e sofrimento, mesmo que o diagnóstico e prognóstico varie de pessoa para pessoa (PEREIRA; FORTES; MENDES, 2013; CAPONERO, 2015).

Desse modo, acredita-se que a cumplicidade do silêncio entre médico e familiares ou então a limitação de informações que por vezes são falsas – familiar ou médico minimiza uma situação que é grave e restringe as informações repassadas ao paciente – fere os princípios da Bioética, já que, ao apresentarem essas condutas, estão trazendo malefícios à pessoa doente, negligenciando os direitos do próprio paciente e indo de encontro ao Código de Ética Profissional.

Considera-se que as pactuações entre médicos e familiares sobre a não comunicação do diagnóstico ou restrições de informações dificultam a relação entre enfermeiro e paciente, ao passo que o paciente deve ser informado sobre os procedimentos, medicações, exames etc. Além disso, a falta de diálogo impede que se estabeleça um vínculo necessário para a melhora física do paciente e o enfretamento da doença.

Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, em relação ao sigilo profissional, descreve que, em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência, assim como prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem (CONFEN, 2007).

Outrossim, o artigo 2º, inc. VII da Lei nº 10.241 de 17 de Março de 1999, prevê que o paciente pode consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Ademais, também prevê que o paciente deve ser respeitado de acordo com os seus valores éticos e culturais (BRASIL, 1999).

Nesse pensar, considera-se necessário que se estabeleça um vínculo com o paciente, a fim de conhecer o quanto e o que ele sabe sobre doença e, a partir daí, instituir uma comunicação capaz de contribuir para a evolução daquele, mesmo que ele não saiba ou saiba parcialmente sobre o diagnóstico, já que a comunicação da doença é dada especificamente pelo profissional médico.

Conforme Caponero (2015), a comunicação com o paciente durante a evolução de doenças graves é um recurso terapêutico importante e eficaz, pois ajuda a pessoa doente a enfrentar seus problemas, conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e superar seus bloqueios. Entretanto, muitos profissionais da saúde apresentam dificuldades de estabelecer um processo comunicativo e percebe-se que se encontram despreparados nesse aspecto.

De acordo com Baile et al (2000), o uso do protocolo Spikes, por exemplo, auxilia os profissionais médicos e enfermeiros a sistematizar o processo de comunicação. Apesar de somente os médicos comunicarem o diagnóstico ao paciente, a enfermagem também pode auxiliar nesse processo.

O protocolo Spikes descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. O primeiro passo (Setting up) se refere à preparação do médico e do

espaço físico para o evento. O segundo (Perception) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (Invitation) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto (Knowledge) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; checar a compreensão do paciente. O quinto passo (Emotions) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (Strategy and Summary) diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer (BAILE et al, 2000, p. 53).

Frente à sistematização que o protocolo Spikes preconiza, entende-se que, ao deparar-se com um paciente que não sabe da doença e que se encontra ansioso e com medo, o enfermeiro pode utilizar-se desse protocolo a fim de conhecer o paciente, saber lidar com a situação de acordo com a particularidade de cada enfermo e, também, comunicar-se com os familiares e a equipe, identificando informações importantes que possam ajudar no processo de adoecer.

Considera-se importante identificar as reações emocionais desencadeadas durante a evolução da doença. Nesse sentido, Kübler-Ross (2008) descreveu cinco estágios que podem ser vivenciados por pacientes em terminalidade especificamente: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A fase de negação seria uma defesa psíquica que faz com que o indivíduo negue o problema; tenta encontrar algum jeito de não entrar em contato com a realidade de um diagnóstico de câncer. É comum a pessoa também não querer falar sobre o assunto, a negação proveniente da comunicação de um diagnóstico é muito comum em pacientes que são informados abrupta ou prematuramente por quem não os conhece bem ou por quem informa levianamente. Na raiva, o indivíduo se revolta com o mundo, se sente injustiçado e não se conforma por estar passando pelo problema. Na barganha, o indivíduo começa a negociar, começando com si mesmo, acaba querendo dizer que será uma pessoa melhor se sair daquela situação, faz promessas a Deus. Na depressão, a pessoa se retira para seu mundo interno, se isolando, melancólica e se sentindo impotente diante da situação. Na aceitação, o indivíduo não tem desespero e consegue enxergar a realidade como realmente é, ficando pronto pra enfrentar a perda ou a morte (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 51).

Nesta perspectiva, para Caponero (2015), deve-se considerar que estes estágios são processos e podem se alternar e se intercalar e, às vezes, coincidir. A identificação deles é fundamental, pois o discurso do paciente pode ser alterado em função do estágio em que vive e, dessa forma, as intervenções necessitam ser ajustadas. Todavia, é imprescindível pensar que o uso de técnicas não é o único caminho para o sucesso da comunicação, pois os pacientes desejam o contado humano, necessitam de proximidade, do saber humanístico e de uma presença.

## 3 Metodologia

Neste capítulo, serão descritos o processo de construção do estudo, referindo o campo metodológico que foi seguido e a análise.

### 3.1 Pesquisa qualitativa

O estudo apresentou uma abordagem qualitativa do tipo descritivo. Estudos com essa metodologia permitem uma compreensão minuciosa do conteúdo e dos fatores situacionais apresentados pelos entrevistados. Ademais, a pesquisa qualitativa dispõe de uma característica única: ela não é limitada por regras e variáveis estritamente definidas, que possam delimitar a capacidade de exploração. Ainda, usa métodos flexíveis para realizar a coleta e análise de dados (KIRSTEN et al, 2008; RICHARDSON et al., 2011).

Segundo Minayo (2012), o trabalho descritivo exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja buscar e, a partir disso, descrever fenômenos e fatos de certa realidade.

### 3.2 A Técnica do Incidente Crítico

Descrita pela primeira vez por John Clemmans Flanagan em 1954, a técnica do incidente crítico (TIC) é uma ferramenta de pesquisa qualitativa utilizada em muitas áreas das ciências da saúde, incluindo a Enfermagem, Medicina, Odontologia e respectivos sistemas de ensino. Flanagan descreve a técnica como um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, que facilitam a sua utilidade potencial na solução de problemas práticos (FLANAGAN, 1973).

O Método de Flanagan foi aplicado pela primeira vez durante a Segunda Guerra Mundial, na preparação de pilotos da aviação americana. Após a guerra, sua aplicação espalhava-se no mundo do trabalho, já que pretendia dar resposta a duas preocupações da Psicologia do Trabalho: aumentar a produtividade e melhorar as condições de trabalho, corrigindo os excessos do taylorismo (ESTRELA, M; ESTRELA, A, 1994).

Flanagan (1973) refere que, entre 1941 e 1945, estudos foram realizados no intuito de identificar exigências críticas determinantes para o sucesso ou fracasso de uma determinada atividade. Dentre eles, destacam-se: a análise das razões específicas do fracasso na aprendizagem de voo, que forneceu subsídios para melhorias no programa de pesquisa para seleção de pilotos; a identificação das razões de fracassos em missões de bombardeio, por meio da análise sistemática de observadores especialistas dos relatórios das missões, o que resultou em relevantes aprimoramentos dos procedimentos de seleção e treinamento das tripulações; coleta e análise de incidentes comportamentais positivos e negativos relacionados à liderança no combate, resultando em um conjunto de exigências críticas comportamentais para a liderança em combate; identificação de situações e causas de desorientação em voos de combate, que acarretou em recomendações de mudanças na carlinga e no painel de instrumento dos aviões, bem como em alterações no programa de treinamento de pilotos.

No Brasil, a TIC foi introduzida por José Augusto Dela Coleta, em 1970, por meio de estudo com adjuvantes de eletricistas em uma empresa de energia elétrica, quando se buscavam critérios para a seleção e avaliação de pessoal. No ano de 1972, Dela Coleta publicou um artigo em revista científica brasileira, trazendo informações sobre a TIC. Por conseguinte, a técnica vem se destacando no Brasil nas áreas de Psicologia, Enfermagem, entre outras (DELA COLETA, DELA COLETA 2004).

Conforme Silva et al (2007), as pesquisas na área da saúde que utilizam a TIC, geralmente, buscam por situações comportamentais, como erros na assistência em saúde, avaliação de competência para alguma atividade e indicadores de qualidade na área da gestão.

A aplicação da TIC permite captar fatores culturais, valores, experiências, sentimentos, emoções dos sujeitos que vivenciaram uma situação, que originou um comportamento e uma consequência, os três componentes fundamentais para se

caracterizar o incidente crítico. Tais componentes também são utilizados como categorias para análise dos incidentes críticos, dando a essa técnica um caráter de método de coleta e de análise de dados qualitativos em pesquisas (MATHEUS; FUSTINONE, 2006).

Segundo Flanagan, a técnica do incidente crítico

> [...] consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes observados que apresentem significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos (FLANAGAN, 1973, p.99).

O incidente é definido como *"*qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato*"* (FLANAGAN, 1973, p.100). O incidente é crítico quando ocorre em *"*uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde suas consequências sejam suficientemente definidas, para deixar poucas dúvidas no que se refere a seus efeitos*"* (FLANAGAN, 1973, p. 100).

Outrossim Dela Coleta (1974) define o incidente como uma ruptura da normalidade ou padrão de uma atividade ou sistema. O autor define que os incidentes críticos são situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivos ou negativos em função de suas consequências.

Para Nogueira et al, a técnica

> consiste em analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas para julgamento sobre a eficiência de determinado trabalho e, a partir da análise destes incidentes, extrair comportamentos eficientes ou não para o objetivo do trabalho (NOGUEIRA et al, 1993, p.6).

Assim sendo, a TIC é a aplicação de um conjunto sistematizado de procedimentos que permite o registro de comportamentos específicos que impactam positiva ou negativamente no desempenho em determinada atividade, facilitando observações que levem às melhorias e que resultem na maior eficácia das atividades no âmbito do trabalho e interações.

De acordo com Nogueira et al,

> A essência da técnica consiste em solicitar do observador, ou sujeitos envolvidos numa atividade, tipos simples de julgamentos ou relatos de situações e fatos que são avaliados pelo pesquisador em função da

> concordância/discordância destes julgamentos, ou relatos com o objetivo e natureza da atividade, ou situação, que se deseja estudar. Para evitar que as observações sejam feitas ao acaso, sem método e sem sistematização, muitas vezes dependentes apenas das inferências subjetivas do observador, há necessidade de um conjunto de procedimentos que, além de coletar as observações, permitem uma sistematização e análise das mesmas (NOGUEIRA et al., 1993, p.7).

Para a aplicação da TIC, tendo como base os estudos propostos por Flanagan, Dela Coleta, na década de 70, definiu alguns passos a serem seguidos para a aplicação da TIC (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004): determinação dos objetivos da atividade a ser executada; elaboração das questões a serem apresentadas aos sujeitos, que deverão fornecer os incidentes críticos da atividade a ser analisada; delimitação da população ou amostra dos sujeitos a serem entrevistados; coleta dos incidentes críticos; análise do conteúdo dos incidentes coletados, buscando isolar os comportamentos críticos emitidos; agrupamento dos comportamentos críticos em categorias mais abrangentes e levantamento das frequências dos comportamentos que vão fornecer, posteriormente, vários indícios para a identificação de soluções para situações problemáticas.

Serrano (2006, p. 27) refere as vantagens e desvantagens percebidas no uso da técnica. A autora considera como vantagens: a flexibilidade do Método, que pode ser utilizado em várias áreas do conhecimento; o recolhimento dos dados na perspectiva do entrevistado e por suas palavras; o respondente não é forçado a nenhuma resposta sugerida; a possibilidade de identificar eventos raros que podem não ser encontrados por outros métodos; o foco apenas em eventos comuns do dia a dia; grande utilidade em situações nas quais o problema ocorre, porém a causa e a gravidade ainda são desconhecidas; ótima relação custo-benefício: baixo custo e rica geração de informações e flexibilidade no uso de entrevistas, questionários, formulários ou relatórios (SERRANO, 2006, p. 28).

A mesma autora identifica as desvantagens: como a identificação dos incidentes críticos geralmente confiam na memória dos entrevistados, quanto maior o tempo entre ocorrência do fato e coleta de dados, maior pode ser a imprecisão e detalhamento dos incidentes; os dados coletados tendem a estar ligeiramente enviesados pela memória mais recente. Os mais antigos tendem a ser esquecidos pelos entrevistados; a ênfase é mais sobre eventos raros. Os eventos mais comuns tendem a ser omitidos/ignorados pelos observadores; os entrevistados podem não

estar dispostos a cederem muito de seu tempo para falar (ou escrever) uma história detalhada para a descrição do incidente crítico.

A aplicação da TIC aos enfermeiros, pela sua eficácia na resolução de problemas do cotidiano da prática assistencial e das relações humanas, possibilita uma análise aprofundada de fatores que interferem diretamente no cuidado prestado, bem como o fortalecimento da construção do conhecimento da enfermagem e a qualidade da assistência à saúde (RIBEIRO et al, 2012).

### 3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), nos serviços de quimioterapia e radioterapia, ginecologia, nas unidades clínicas, no ambulatório e no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI).

A cidade de Pelotas apresenta uma população estimada em 328.275 habitantes, sendo considerada a terceira cidade mais populosa do Estado (PELOTAS, 2015). Na cidade, há seis hospitais que atendem, além da população local, pessoas de outras cidades da região Sul do Estado: dois são tradicionais gerais e de grande porte, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Beneficência Portuguesa; dois de ensino, o Hospital Universitário São Francisco de Paula, vinculado à Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e o Hospital Escola (HE), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel); um geral de pequeno porte, o Hospital Miguel Piltcher e um psiquiátrico, o Hospital Espírita.

O município apresenta como referência em oncologia o HE, que dispõe de 167 leitos destinados ao SUS (Sistema Único de Saúde) e possui serviços de: quimioterapia, radioterapia e o Programa de Internação Domiciliar (PIDI). É o único serviço de oncologia habilitado na região sul que atende integralmente pelo SUS. Em 2007, recebeu nova habilitação, passando a funcionar como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Além da equipe fixa, o serviço tem assessoria interna nas áreas de nutrição, psicologia clínica e todos os serviços de diagnóstico e tratamento, incluindo exames laboratoriais e de imagem (PORTAL BRASIL, 2015).

Com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos hospitais universitários federais, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

(EBSERH), criada em 2011, por meio da Lei nº 12.550, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, atua no HE desde 2015 no sentido de modernizar a gestão, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades do hospital na formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito SUS (PORTAL BRASIL, 2016).

### 3.4 Período da coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no período entre 31 de maio e 14 de julho de 2016.

### 3.5 Participantes do estudo

No momento de realização do projeto de pesquisa foram estimados 16 participantes. Todavia, com a implantação da EBSERH, as unidades atualmente apresentam dois enfermeiros por turno, aumentando, assim, o número proposto. No entanto, devido à mudança de equipes e a entrada de enfermeiros novos com pouco tempo de experiência profissional na instituição, sentiu-se a necessidade de incluir os enfermeiros do PIDI e do Ambulatório de quimioterapia e radioterapia, visto que apresentavam experiência no atendimento à pacientes oncológicos e os enfermeiros do ambulatório já haviam trabalhado na quimioterapia.

Realizou-se contato com 33 enfermeiros; desses, quatro não quiseram participar do estudo e seis não se encaixam nos critérios de inclusão, totalizando 23 enfermeiros entrevistados. Entretanto, ao analisar uma das entrevistas, constatou-se que o conteúdo não iria contribuir para o objetivo do estudo, sendo este participante excluído do total. Assim sendo, fizeram parte do estudo 22 enfermeiros que estavam trabalhando nas referidas unidades nos meses de maio a julho, nos turnos manhã e tarde e que corresponderam aos critérios de inclusão.

#### 3.5.1 Critérios de inclusão

Objetivando alcançar a proposta estabelecida, os participantes atenderam aos seguintes critérios:

- Ter um ano de experiência profissional[4];
- Ter disponibilidade para participar do estudo;
- Concordar com a gravação das entrevistas;
- Aceitar a divulgação dos dados nos meios científicos;

### 3.5.2 Critérios de exclusão

- Licença saúde;
- Férias.

## 3.6 Procedimentos éticos

Para desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12[5] do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e a Resolução do COFEN 311/2007, Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem[6], que diz respeito às proibições (Artigos 94, 96, 97 e 98), responsabilidades e deveres (Artigos 89, 90, 91, 92, 93).

Desse modo, a todo participante do estudo foi garantido o direito de não ser identificado; o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando fosse de seu interesse. Outrossim, foi considerado que durante a entrevista as perguntas poderiam não ser respondidas em sua totalidade, pois poderia haver desistência da participação sem prejuízo para o entrevistado.

---

[4] Espera-se que neste período o enfermeiro já possa ter vivenciado algum conflito ético sobre más notícias em oncologia.

[5] Resolução nº 466/12 que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

[6] Capítulo III: no que consistem as responsabilidades e deveres: Art. 89°- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. Das proibições: Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 96 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade. Art. 97 - Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2007).

Ademais, foi esclarecido que não haveria custo na participação da pesquisa. Como forma de manter o anonimato, os participantes foram identificados pela letra E de enfermeiro, seguido do número da entrevista (exemplo: E1, E2, etc.).

O material gravado e transcrito ficará em um banco de dados com a pesquisadora e a orientadora numa sala do Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem por um período de cinco anos e, após esse período, os documentos impressos serão incinerados e os arquivos digitais serão excluídos.

Para realização do estudo, foi preenchido e enviado o Formulário de Solicitação para realizar a pesquisa (ANEXO A) e o Termo de Compromisso de Devolução Científica à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) (ANEXO B), disponíveis *online* no site da instituição, bem como a entrega do projeto de pesquisa impresso para a obtenção da carta de anuência do hospital. Após a aprovação da instituição, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O estudo teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (ANEXO C), sob parecer número 1.558.916 de 24 de maio de 2016. Após aprovado pelo CEP, foi entregue na GEP a cópia da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa juntamente com a relação de nomes, cópia da Apólice de Seguro da pesquisadora que realizou a coleta de dados e o período de realização da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora.

### 3.6.1 Riscos da pesquisa

Salienta-se que o estudo não acarretou em riscos físicos aos participantes, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos pode desenvolver algum tipo de risco, como por exemplo, desconforto no momento da coleta de dados durante a entrevista em virtude de envolver questionamentos subjetivos. O potencial de risco durante as entrevistas foi minimizado por meio de orientações a respeito do estudo, a interrupção da entrevista sempre que solicitado pelo participante e, caso houvesse necessidade, entrar-se-ia em contato com a psicóloga da instituição.

Em uma das entrevistas, a participante solicitou que não continuasse a gravação, visto que não se sentia à vontade e sem conhecimento o suficiente para responder às questões. A gravação foi interrompida e excluída dos dados, também foi conversado com a participante que seu desejo seria respeitado, visto que a

pesquisa poderia ser interrompida sem prejuízo algum e, se fosse necessário, seria solicitado apoio psicológico por um(a) profissional psicólogo(a), conforme já mencionado no TCLE. No entanto, a participante referiu que encontrava-se bem, sem a necessidade do atendimento.

### 3.5.2 Benefícios da pesquisa

Os benefícios do estudo aos participantes foram a reflexão sobre a prática no que tange a comunicação de más notícias, bem como, a promoção uma ação proativa frente os conflitos éticos.

## 3.7 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados teve início após o contato com os participantes que foram informados sobre os objetivos e o desenvolvimento do estudo e convidados a participar. Com o aceite desses, foi perguntado sobre a disponibilidade no momento; seis deles foram agendados dia e hora no local de trabalho dos participantes. Em uma das unidades em que trabalhavam duas enfermeiras no turno da manhã, contatou-se quatro vezes, as duas últimas vezes, com dia e horário agendado, no entanto, no último contato, as duas enfermeiras desistiram de participar da pesquisa. Nos encontros, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), para a leitura e assinatura, em duas vias, uma para o participante da pesquisa e outra para a pesquisadora.

As entrevistas ocorreram em local reservado, como sala para estudantes disponível na instituição ou em sala de conforto da equipe de enfermagem, ficando a entrevistadora e o participante com privacidade, livres de interrupções e ruídos que pudessem prejudicar o anonimato e a gravação desta entrevista.

Para a coleta dos incidentes críticos, os encontros com os participantes foram orientados por meio de uma entrevista semiestruturada e gravada. A elaboração de questões para a entrevista implica na resolução de certo número de problemas de base, problemas complexos e inter-relacionados, que vão desde a definição de objetivos até as formas de aplicação e validação. Uma vez bem definidos os objetivos da entrevista, delimitando o âmbito dos fenômenos a averiguar e determinada a população, põe-se o problema na forma de perguntas com resposta

aberta e/ou fechada e da elaboração dos itens que deverão servir de estímulo desencadeador das respostas dos indivíduos. (ESTRELA, M.; ESTRELA, A., 1994).

Durante essa etapa, foi utilizado um instrumento com perguntas fechadas para identificar o perfil dos entrevistados, quanto à idade, sexo, religião, tempo de formação e especialidades e com perguntas abertas para a obtenção dos incidentes críticos (APÊNDICE C). Sua aplicação contribuiu para identificar, nos relatos, as situações positivas e negativas, assim como os comportamentos e as consequências (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Faz-se necessário salientar que as perguntas construídas para a coleta de dados foram formuladas de maneira que não deixassem dúvidas quanto ao entendimento por parte dos entrevistados. Assim sendo, foi esclarecido que interessava somente o relato de fatos, não as pessoas que estivessem envolvidas, de modo a garantir o anonimato do entrevistado, assim como das pessoas presentes nos casos relatados (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

A fim de esclarecer dúvidas perante as informações referidas pelos entrevistados, foram realizadas perguntas pela entrevistadora, além das pré-estabelecidas, pois o objetivo foi obter uma quantidade suficiente de eventos relacionados à situação vivenciada. As perguntas estavam relacionadas às situações mencionadas pelos participantes, portanto tentou-se aprofundar as questões perguntando: Pode explicar melhor essa situação? O que você pensa sobre isso? Qual sua atitude frente ao acontecimento?

No final do encontro, explicava-se que a entrevista poderia ser retomada em um segundo encontro com a intenção de complementar ou buscar confirmações sobre o exposto. Assim, após a primeira entrevista, essa foi transcrita e analisada quanto ao conteúdo, buscando lacunas e questões que, por ventura, pudessem ser feitas a fim de complementar a pesquisa em um segundo encontro. Logo, concluiu-se que não havia a necessidade de realizar uma segunda entrevista devido à suficiência de informações, mesmo que estivesse previsto retornar caso houvesse necessidade.

Salienta-se que a gravação da entrevista deu-se em áudio mp3. Imediatamente após o término da entrevista, os dados foram transcritos no programa Windows Word.

É importante ressaltar que, durante a realização das entrevistas, não foi utilizada a expressão “incidentes críticos”, pois os participantes poderiam apresentar

dificuldades em compreender o significado desse método. Caso houvesse a explicação detalhada, poderia levar à indução de respostas. Além do mais, a TIC não permite ao entrevistador dar exemplos de respostas ao entrevistado, uma vez que eles poderiam tomar as indicações como parâmetros norteadores, relatando ocorrências semelhantes ao exemplo dado (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

O encerramento das entrevistas deu-se baseado no princípio da pesquisa qualitativa com a TIC, em que se determina o fim dessas no momento em que as categorias dos relatos estejam contempladas em sua totalidade ou se, na maioria dos casos, na primeira análise, já exista um certo nível de redundância nos dados e que novos relatos apenas poderiam alterar a frequência de aparecimentos de categorias, não acrescentando novos conteúdos à questão de pesquisa (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Após atingir um número suficiente de entrevistas, pois havia similaridade dos dados, a coleta foi encerrada no dia 14 de julho de 2016. Para essa etapa, solicitou-se ajuda de dois acadêmicos bolsistas de enfermagem. Os acadêmicos possuíam experiência para realizar a transcrição, demandando pouco tempo para a realização dessa tarefa.

As transcrições foram registradas no Windows Word e organizadas de acordo com a identificação do participante, a data, o turno e o local da entrevista. Resultaram em 93 páginas transcritas e 346 minutos e 42 segundos de áudio.

### 3.8 Análise de dados

Após a coleta, os relatos gravados, transcritos na íntegra, sofreram sucessivas leituras de forma a identificar positiva e/ou negativamente os três elementos que compreendem o incidente crítico, ou seja, as situações, os comportamentos e as consequências.

De acordo com Dela Coleta e Dela Coleta (2004), para extrair os incidentes críticos da entrevista é necessário submeter os relatos a uma análise de conteúdo, momento em que são lidos e classificados em categorias mais abrangentes, identificados como incidentes críticos negativos e positivos coletados por meio da TIC.

Para a realização dessa etapa, os relatos foram submetidos a um tratamento que contempla quatro momentos, conforme Dela Coleta e Dela Coleta (2004):

1. Leitura, derivação e arrolamento dos incidentes críticos;

2. Identificação das situações, comportamentos e consequências;

3. Agrupamentos dos relatos segundo as situações, comportamentos e consequências;

4. Categorização das situações, comportamentos e consequências.

Ressalta-se que os incidentes críticos positivos ou negativos foram caracterizados de acordo com a perspectiva da pesquisadora e organizados conforme um modelo de construção da ficha a qual foi utilizada (APÊNDICE D).

Desse modo, na análise, cada incidente foi registrado na ficha supracitada, foram anotados todos os dados colhidos (incidentes e a identificação de cada participante), em que distinguiu a situação, o comportamento e as consequências, positivos e negativos (ESTRELA M.; ESTRELA A., 1994).

Uma vez coletados os incidentes, aplicou-se um sistema de classificação para categorizá-los, com o objetivo de tornar os dados úteis para responder às questões e aos objetivos da pesquisa. Trata-se do processo de indução analítica, constituído de repetidas e cuidadosas leituras e da separação dos incidentes em grupos e em categorias, de acordo com as similaridades reportadas nas experiências (MOREIRA; TROCCOLI, 2014).

É importante frisar que as categorias formuladas necessariamente precisam ser exaustivas (devendo incluir todos os casos obtidos), reciprocamente exclusivas (cada caso deverá pertencer a uma só categoria), definidas operacionalmente, guardando elevado grau de homogeneidade e coerência entre elas (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Salienta-se que a TIC utilizada para responder ao objetivo geral do estudo introduz a subjetividade por parte do pesquisador no momento em que ocorre a interpretação e a classificação dos depoimentos transmitidos pelos entrevistados.

Vale notar uma questão que faz diferença na qualidade das evidências obtidas na pesquisa: o nível de certeza e/ou lembrança do participante a respeito dos fatos narrados (MOREIRA; TROCCOLI, 2014).

Para Flanagan (1954), o desafio é resgatar, com sucesso, o incidente na memória do entrevistado e, a partir daí, registrar suas respostas de forma fidedigna. O autor reporta, ainda, que é fundamental a precisão das respostas para a validade da coleta, traduzida no oferecimento por parte dos respondentes, de detalhes completos e precisos sobre o evento relatado – descrições vagas indicariam que o

incidente não é bem lembrado e que algumas das informações podem estar incorretas.

No presente estudo, todas as situações relatadas pelos participantes eram recentes ou havia se destacado durante o exercício da profissão, visto que foram referidas com precisão e detalhes, facilitando a análise. Assim, esse fato permitiu clareza nas informações.

Alguns entrevistados respondiam aos questionamentos detalhadamente, mostrando conhecimentos adquiridos da sua experiência profissional e pessoal com pacientes oncológicos, relatando fatos recentes. Também relataram conflitos éticos envolvendo outras áreas. Entretanto, alguns eram sucintos, fornecendo respostas curtas, com pouco conteúdo, evidenciando pouca vivência com pacientes oncológicos. Assim sendo, a entrevistadora esforçou-se em colher o máximo de informações que respondessem às questões realizadas.

Quanto à quantidade de incidentes, Flanagan (1954) afirma que se a atividade a ser pesquisada for relativamente simples, pode ser satisfatório coletar entre 50 a 100 incidentes. Vale notar que Gremler (2004) identificou um amplo espectro no tamanho das amostras. Segundo sua pesquisa, elas variaram de nove a 3.852 incidentes coletados. Assim sendo, a TIC não delimita o número de participantes, pois o objetivo está na coleta satisfatória dos incidentes.

Nesse estudo, totalizaram-se 267 incidentes críticos. Desses, 124 situações (36 positivas e 88 negativas), 86 comportamentos (48 positivos e 38 negativos) e 57 consequências (26 positivas e 31 negativas). Deste total foram retirados os incidentes relacionados aos conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia para a análise como mostra a figura abaixo.

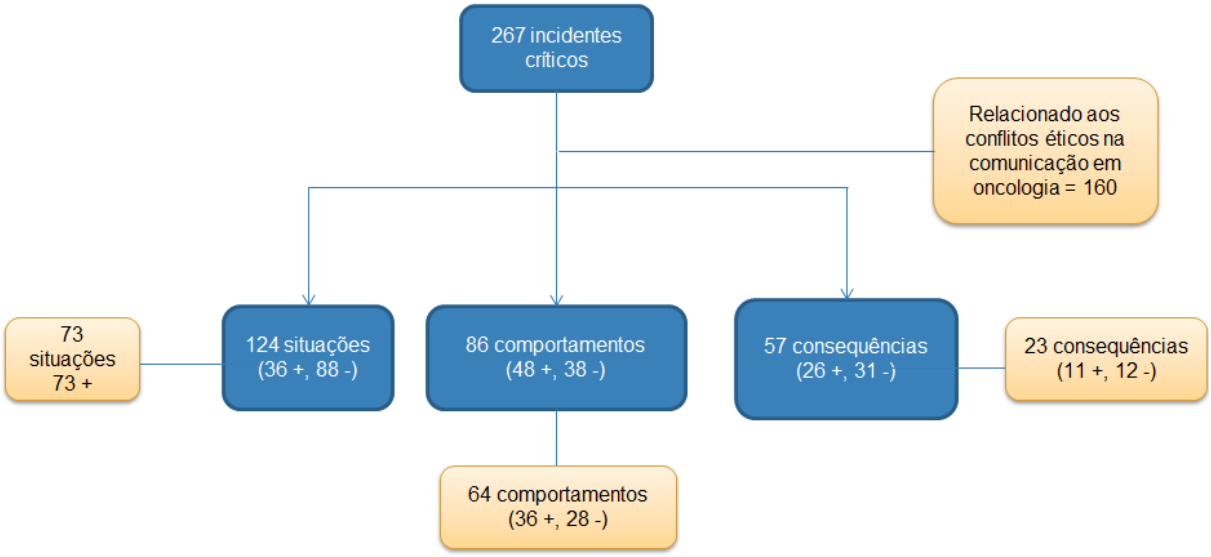


Figura 1: Fluxograma dos incidentes críticos.

Após essa fase, iniciou-se o processo de identificar e articular a exata natureza das similaridades que formam a base da rotulação de cada categoria de incidentes.

Deve-se separar e combinar incidentes até que todos de uma categoria estejam apresentando a maior similaridade possível, diferindo-se daqueles de outra categoria. Por fim, devem ser identificados outros níveis de classificação que considerem comportamentos gerais percebidos nos relatos (MOREIRA; TROCCOLI, 2014).

Flanagan (1954) recomenda a definição de um quadro de referência que esteja diretamente relacionado ao objetivo da pesquisa. Dessa forma, em cada entrevista foi colocado um cabeçalho com a questão de pesquisa e os objetivos do estudo, a fim de guiar a leitura e focar nos objetivos visados na pesquisa.

Bardin (1977) ensina, com base na técnica da análise de conteúdo, que a codificação é o início do processo de categorização, no qual se faz uma análise temática para descobrir “núcleos de sentido” na comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o que está sendo analisado. A partir daí, realiza-se a categorização e o julgamento das categorias surgidas a partir desses “núcleos de sentido” identificados nos relatos.

Assim sendo, em cada entrevista transcrita foi-se identificando códigos a partir das situações, comportamentos e consequências. Esses códigos foram

agrupados conforme a incidência e temática, ou seja, aqueles que mais apareceram nas entrevistas e estavam de acordo com os objetivos da pesquisa formaram categorias.

Na TIC não há preconceitos sobre o que é importante para o participante, refletindo-lhes a maneira normal de pensar, sem os forçar a se encaixarem em um modelo dado e sem restringir as observações a um conjunto limitado de variáveis. A técnica também provê um conjunto de evidências rico, conforme os relatos dos respondentes tragam detalhes relevantes de experiências inéditas. Finalmente, dada sua neutralidade cultural, a TIC é particularmente adequada quando se deseja trabalhar percepções multiculturais (MOREIRA; TROCCOLI, 2014).

Em suma, a TIC facilitou tanto a investigação de eventos, de incidentes e de processos identificados pelo participante, quanto à forma como eles são administrados e os resultados em termos de efeitos percebidos. Assim, ajudou no entendimento do incidente do ponto de vista do indivíduo, ao considerar elementos cognitivos, afetivos e comportamentais.

No entanto, para chegar nesse entendimento e na formação das categorias, foram realizadas várias leituras transversais a fim de identificar com fidedignidade as situações, os comportamentos e as consequências, visto que, em alguns momentos, era difícil fazer essa distinção, principalmente entre situações e comportamentos.

### 3.9 Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão: artigos para a publicação em periódicos científicos; apresentação de trabalhos em eventos nacionais e/ou internacionais; resumo dos principais resultados do estudo aos entrevistados; apresentação da dissertação e dos seus resultados à comunidade acadêmica integrada ao grupo de pesquisa NUCCRIN.

## 4 Resultados e discussão

Participaram desse estudo 22 enfermeiros. Do perfil, fizeram parte 19 mulheres e 3 homens; a idade entre 25 e 69 anos; 8 eram católicos, 6 espíritas, 5 sem religião, 2 evangélicos e 1 adventista; o tempo de formação variou entre 3 e 34 anos; 1 não havia especialidade, nos demais, variou entre 1 e 4 especialização e pós-graduação. Salienta-se que a participante E5 foi excluída da pesquisa, pois os relatos não iriam contribuir para o objetivo do estudo.

Os participantes foram caracterizados de acordo com o quadro abaixo:

| Entrev. | Sexo | Idade | Religião | Tempo de formação |
|---|---|---|---|---|
| **E1** | Feminino | 46 | Católica | 23 anos |
| **E2** | Feminino | 37 | Evangélica Luterana | 15 anos |
| **E3** | Feminino | 32 | Espírita | 9 anos |
| **E4** | Feminino | 30 | Adventista | 5 anos |
| **E6** | Feminino | 40 | Sem religião | 16 anos |
| **E7** | Feminino | 28 | Católica | 5 anos |
| **E8** | Feminino | 41 | Espírita | 17 anos |
| **E9** | Feminino | 30 | Católica | 7 anos |
| **E10** | Masculino | 25 | Evangélico | 3 anos |
| **E11** | Feminino | 31 | Espírita | 8 anos |
| **E12** | Masculino | 36 | Católico | 7 anos |
| **E13** | Feminino | 27 | Sem religião | 5 anos |
| **E14** | Feminino | 49 | Espírita | 26 anos |
| **E15** | Feminino | 27 | Sem religião | 27 anos |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **E16** | Feminino | 69 | Sem religião | 34 anos |
| **E17** | Feminino | 33 | Católica | 10 anos |
| **E18** | Feminino | 43 | Católica | 22 anos |
| **E19** | Masculino | 48 | Católico | 10 anos |
| **E20** | Feminino | 34 | Católica | 10 anos |
| **E21** | Feminino | 53 | Espírita | 32 anos |
| **E22** | Feminino | 34 | Sem religião | 11 anos |
| **E23** | Feminino | 34 | Espírita | 11 anos |

Quadro 1 - Caracterização dos participantes (NEVES, 2016).

Os resultados e a discussão serão apresentados a seguir de acordo com as situações, comportamentos e consequências analisados de cada entrevista, contendo os principais resultados. É imprescindível ressaltar que alguns fragmentos das falas poderão conter tanto situações, como comportamentos e consequências, visto a importância de manter a coerência e o sentido do relato. No entanto, mesmo contendo mais de um incidente, o depoimento será categorizado conforme a relevância e destaque com base no objetivo do estudo, estando exclusivamente em uma categoria.

## 4.1 Situações encontradas nos relatos dos enfermeiros que vivenciam conflitos éticos na oncologia.

Os relatos das 73 situações vivenciadas pelos 22 enfermeiros entrevistados em relação aos conflitos éticos na comunicação de más notícias foram divididos em duas categorias: *conflitos éticos na comunicação de más notícias* e a *vivência do enfermeiro na comunicação em oncologia*.

### 4.1.1 Conflitos éticos na comunicação de más notícias

As situações elencadas nessa categoria foram organizadas em três grupos, representadas no quadro 2, as quais compreendem o estigma da doença, a omissão do diagnóstico e a omissão do prognóstico. Nos grupos abaixo não foram

identificadas situações positivas, somente negativas como mostra o quadro, predominado os incidentes em relação à omissão do diagnóstico:

| **Situação vivenciada** | **Referência positiva** | **Referência negativa** |
|---|---|---|
| Estigma da doença | 00 | 08 |
| Omissão do diagnóstico | 00 | 16 |
| Omissão do prognóstico | 00 | 04 |

Quadro 2 - Situações vivenciadas relacionadas ao estigma da doença e à omissão do diagnóstico e prognóstico (NEVES, 2016).

Inicialmente, é de suma importância abordar a representatividade que o câncer tem na vida tantos dos profissionais, quanto dos familiares e pacientes. Grande parte dos depoimentos dos enfermeiros tratava a patologia como algo incurável e estigmatizada, ainda com preconceito da sociedade. Nota-se que este pensar abarca negativamente todas as falas proferidas sobre a doença, indicando alguns motivos que levam à omissão tanto do diagnóstico quanto do prognóstico ao paciente.

> Câncer infelizmente tem a parte mais retrógrada da situação, é que quem tem câncer é igual estar morto, [...] as pessoas se veem mortas [...]. (E12)

> O câncer sempre é uma doença que não tem uma aceita, é uma doença que todo mundo já tem a ciência que vai causar sofrimento, vão ser noites perdidas, é uma correria de toda família, profissionais da saúde, quem está envolvido com o tratamento vai passar por maus bocados. (E19)

Historicamente, o câncer é uma doença associada a experiências saturadas de sofrimento e dor, seguidas de morte. Devido ao estigma que a envolve, podendo relacionar-se a uma doença fatal, vergonhosa, marginalizando o paciente e cultivando sentimentos pessimistas em relação à doença e tratamento (SALES et al., 2012; GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Um fato importante a se relatar é que, no fim do século XIX, o Código de Ética Médica dos EUA incentivava a ocultação da verdade ao paciente, revelando que é um dever sagrado guardar-se com cuidado a esse respeito, evitar todas as coisas que têm tendência a desencorajar o paciente e a deprimir seu espírito. Um século depois, a orientação é de que o médico deve lidar honestamente com o paciente e com seus colegas (ANDRADE et al, 2014).

No entanto, é preciso entender que as crenças sobre o câncer advêm desde o século passado, tornando-o demasiado fantasioso, um mal não compreendido e apresenta um papel de uma enfermidade cruel (SONTAG, 1984). Por isso, ainda hoje, observa-se que esse fato não é isolado, permeando diariamente a vida do profissional enfermeiro, principalmente na oncologia, o que pode ser constatado no depoimento:

> Acho que assim essas questões de o paciente não saber o que tem, complicado, muitos familiares não tem esse preparo, a gente acha que ainda hoje isso não existe, existe muito, de não comunicarem a pessoa, porque fica desconfortável [...]. Aqui é mais frequente do que se pensa [...]. (E8)

Ademais, Atkinson (1993) afirma que o processo saúde-doença é atravessado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam. Isso representa que as definições de saúde e doença podem assumir diferenças nos diversos grupos, classes sociais, indivíduos e famílias (CÂMARA et al, 2012).

> [...] às vezes a gente tem pacientes de vários aspectos éticos e sociais que influenciam no tratamento. Têm pacientes que tiveram problemas judiciários e foram acometidos dessa doença, eles parecem que aceitam isso como se fosse uma própria punição da vida errada que eles tiveram anteriormente, então isso é uma coisa que depende do aspecto individual de cada paciente. (E19)

> Quando eu comecei a trabalhar com paciente com câncer, isso faz bastante tempo já, não era dito, culturalmente não era dito pro paciente qual era a doença dele [...]. (E21)

Entende-se que o câncer possui uma série de significados simbólicos, morais, sociais, psicológicos, de valores e de crenças, assim como de toda ambiência que o cerca e produzem ressonâncias, tanto de forma direta como indireta, no modo de sofrer dos indivíduos. Para Helman (2009), em outros casos, o quadro clínico da doença é uma maneira de expressão, culturalmente padronizada, do envolvimento do enfermo em conflitos sociais.

Observa-se, portanto, a relevância que têm os significados construídos sobre si e sobre a doença, dado o elemento cultural que todos nós carregamos. Conhecer esses significados que atravessam constantemente o sujeito significa abordar aspectos complexos que podem interferir de modo direto ou indireto no cuidado, no tratamento e na vida do paciente e seus familiares. A forma como se conduz a situação e a maneira de que é feita a comunicação com os familiares e paciente

podem resultar em situações positivas ou negativas referentes à ação de comunicar ou não o diagnóstico.

Sob essa perspectiva, em relação à omissão do diagnóstico, todos os participantes referiam situações consideradas negativas:

> Nesse sentido do familiar pedir pra não contar, é bem comum [...], muitas vezes, tu te bota naquele dilema porque o familiar não te permite que seja esclarecido. (E1)

Nota-se que a decisão parte primeiramente do familiar de não comunicar o diagnóstico ao paciente e o enfermeiro considera isso um dilema, pois o familiar não permite o esclarecimento ao paciente.

> [...] porque a família pede para que isso não seja esclarecido, então volta e meia acontece da gente chegar para atender um paciente e o familiar falar "não diz que ele está fazendo quimioterapia, ele acha que está fazendo um soro para ficar forte". (E4)

Assim sendo, Pavlish et al (2014, p.134) considera que muitas vezes o que ocorre é que o familiar pede ao enfermeiro que não diga ao paciente que ele está fazendo quimioterapia, mas sim, por exemplo, que ele está recebendo "vitaminas".

Além de omitir sobre o tratamento e o motivo de estar fazendo-o, em alguns relatos, os enfermeiros referiram o uso de outros termos para designar o câncer ou o uso de outra condição de saúde que o paciente havia apresentado a fim de não revelar o verdadeiro diagnóstico.

> [...] o familiar chega e diz "não fala, pois ele não sabe que tem câncer" [...]. Eles também não falam a palavra, "então eu tenho um carocinho" [...] dai abranda um pouco o diagnóstico. (E3)

> Nós temos paciente internado aqui que veio proveniente do PS alguns dias e ele já tem um diagnóstico certo de câncer, da neoplasia, do tumor cerebral, provavelmente com metástase e ele não sabe por causa dos familiares não querem que contem com medo da reação dele, então ele continua achando que teve um AVC [...]. (E10)

> [...] o responsável por ela são os sobrinhos, ela tem um CA de pulmão, ela descobriu faz um ano e pouco. Um sobrinho assumiu, mas nunca quis contar pra ela que era um câncer [...] ela dizia que era uma tuberculose [...]. (E20)

Neste contexto, a comunicação é afetada em virtude de que os processos dessa esvaziam-se de conteúdo, propiciando mecanismos de fuga, utilização de eufemismos para não correr riscos de falta de transparência e omissão (PEREIRA; FORTES; MENDES, 2013).

No entanto, não somente os familiares decidem sobre a omissão do diagnóstico, mas em alguns casos os médicos também influenciam na decisão. Nos relatos, os enfermeiros referem essa atitude como algo negativo e consideram a omissão como um conflito ético:

> Se ele não sabe ou vê que a família está escondendo, isso também é um dilema e pra nós é um conflito ético [...]. Alguns dizem “ah o médico disse que eu tenho uma feridinha” [...]. (E2)
>
> [...] a família já sabe que é um câncer, então assim o diagnóstico é meio encoberto para o paciente em si, o paciente sabe que tem alguma coisa, mas não sabe o que é, mas o médico e a família priorizam que não falem para o paciente o que ele tem [...]. (E12)
>
> Seguidamente a gente passa por conflitos, o paciente que não sabe o diagnóstico que o médico não conta. Isso acontece seguido assim da família não contar mesmo, do paciente ir a óbito sem saber o que ele tem, aí entra o dilema da gente querer contar e a família não quer. (E15)
>
> [...] às vezes a família e o médico optam por esconder do paciente [...]. (E18)

As dificuldades na comunicação do diagnóstico ocorrem especialmente em discussões em que estejam envolvidas questões de doença grave e de morte, ocorrendo principalmente na oncologia. Estas implicações é que contribuem para a omissão da verdade, para o emprego da mentira ou mesmo do silêncio na relação médico-paciente oncológico, estabelecendo o padrão de comportamento de não comunicar a doença ao paciente como sendo moralmente correto (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Atualmente, há uma preocupação constante quanto ao informar, desde que a informação não provoque danos, por isso, nesse caso, a comunicação pode ser feita preferivelmente ao responsável legal. No entanto, essa recomendação pode ser considerada dúbia e gerar conflitos e inseguranças, se considerar a difícil identificação e previsão do que pode ou não causar danos psíquicos e emocionais ao paciente (ANDRADE et al, 2014).

Corroborando, um estudo realizado em Taiwan com 505 profissionais, dentre eles médicos e enfermeiros, constatou que dizer a verdade ao paciente sobre o diagnóstico está em primeiro lugar no que diz respeito aos conflitos éticos (CHIU et al, 2009). Sob a perspectiva da oncologia, essa relação carrega peculiaridades que lhe são próprias. O paternalismo, por exemplo, se refere ao dilema bioético, pois as decisões médicas são sobrepostas em detrimento daquilo que o paciente poderia vir

a decidir. Em contrapartida, o paciente fica inerte aos acontecimentos, pois as condutas e decisões não são tomadas com o seu consentimento, o que acaba interferindo na sua própria autonomia (VILLAFRANCA; GUILHEM; PÉREZ, 2013).

Quanto à omissão do prognóstico e a condição de saúde, os enfermeiros referiram algumas situações, sendo todas elas negativas:

> O paciente está plaquetopênico, tem gente que não, tu não vai falar pra ele que a plaqueta está dois mil [...]. (E3)
>
> Ela tem um câncer de ovário que já está bem avançado [...] a gente viu ela relatando isso “agora quando eu for pra casa”, e na verdade não tem mais jeito, o médico já relatou isso pra gente, ali dentro do posto de enfermagem, os familiares estão sabendo e a paciente está ali na cama, foi para ao bloco esses dias para fazer uma colostomia e nem sabia o que ia acontecer no bloco. (E6)
>
> Em relação ao paciente com câncer eu já presenciei alguns dilemas [...], atualmente existe um caso de uma paciente que ela sabe que tem, mas ela fez uma cirurgia, tirou tudo, falaram que ela ficou curada, entre aspas, mas ela ainda tem, não foi dito isso [...]. (E7)
>
> [...] em relação ao desenrolar do tratamento, “o que vai acontecer”, “quando é que é meu exame”, “quando é que é a minha tomografia”, “quando é que vai ser minha cirurgia” ‘’ah estão me enrolando’’. Às vezes isso ai acontece no nosso dia a dia. (E18)

Para McLennon et al (2013), o que ocorre é que os enfermeiros apresentam dificuldades para discutir o prognóstico devido a vários fatores, dentre eles a relutância ou incapacidade dos pacientes em aceitar as informações do prognóstico, as convicções do médico que adia as discussões com o paciente e o próprio desconforto dos enfermeiros em abordar temas relacionados ao prognóstico, pois sentem-se com medo de comunicar o curso e o processo em que está a doença, ao mesmo tempo que desejam manter a esperança.

Nessas situações o enfermeiro percebe que as condutas estão erradas, mas não há um processo de comunicação a fim de intervir no conflito que foi identificado por ele mesmo. Os problemas relatados são conflitos éticos, pois as condutas vão de encontro com o Código de Ética dos profissionais e os Princípios da Bioética, no entanto, quando o enfermeiro não consegue identificar o conflito como ético, a resolução desse torna-se mais difícil, visto que é necessário conhecimento e habilidades para interferir nas condutas consideradas negativas.

### 4.1.2 Vivência do enfermeiro na comunicação em oncologia

Nesta categoria, é importante que se faça a discussão sobre as situações apresentadas pelos enfermeiros referente à comunicação estabelecida entre a equipe, paciente e familiar, a fim de entender a partir de onde começam a aparecer os conflitos existentes, já que é por meio da comunicação que se estabelece entendimentos ou divergências. No quadro a seguir, dispõem-se as situações vivenciadas pelos enfermeiros, nas quais foram identificadas apenas referências negativas, apresentando uma frequência considerável dado o número de participantes.

| Situação vivenciada | Referência positiva | Referência negativa |
|---|---|---|
| Comunicação entre equipe, paciente e familiares | 00 | 24 |
| Futilidade terapêutica e de procedimentos | 00 | 21 |

Quadro 3 - Situações vivenciadas relacionadas à comunicação entre a equipe, paciente e familiares e futilidade terapêutica e de procedimentos (NEVES, 2016).

Os conflitos na comunicação foram relatados pelos enfermeiros:

> Quando a gente tem algum diagnóstico de paciente com câncer a gente não tem certeza se já foi dito pro paciente, se já foi conversado, o que já foi conversado e, muitas vezes, a gente não recebe esse diagnóstico pela equipe médica, a gente acaba vendo no sistema [..] e pra conversar com o paciente isso é bastante difícil, por que a gente não sabe o que foi dito [...]. (E11)

> Eu acho que ele teria que conversar primeiro com o paciente mesmo e ver se é da vontade do paciente, eu acho que isso daí conta muito, acho que só o familiar não pode tomar essa decisão sozinho, e aí entra o caso das vezes do paciente não está bem esclarecido com a situação dele e o familiar querer optar pela escolha [...]. (E4)

Conforme Trindade et al (2007), um princípio bioético pode sobrepor-se aos demais ou mesmo conflitar com eles em alguns casos e não existe uma regra geral para sua aplicação. Nas situações em que existe um conflito entre os princípios da beneficência e da autonomia, alguns médicos acreditam que a obrigação de fazer o bem hierarquicamente se sobrepõe ao respeito e à vontade do paciente (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011). No entanto, tal fato pode gerar conflitos com o restante da equipe, além de falhas na comunicação, visto que a atitude paternalista

pode acarretar em um bloqueio de informações com a justificativa de não prejudicar o paciente.

Contudo, para facilitar esse processo, Villafranca, Guilhem e Pérez (2013) afirmam que, além de qualquer definição conceitual, o respeito à autonomia dos indivíduos e a proteção da sua integridade biológica, psicológica e social depende, em grande medida, da existência de uma comunicação excelente. Uma boa estratégia de comunicação que envolve, em primeiro lugar, abandonar o tom condescendente.

Os mesmos autores referem que é necessário existir um trânsito para um paradigma de relações no âmbito da saúde mais participativo, que trate os enfermos e não enfermidades e, além disso, aplicar uma abordagem baseada no diálogo, que permitirá ao profissional da saúde articular percepções pluralistas sem apresentar uma visão unilateral (VILLAFRANCA; GUILHEM; PÉREZ, 2013).

No presente estudo, percebe-se que há dificuldade na comunicação de más notícias, falta de preparo e compreensão do profissional médico do momento vivenciado pelo paciente, como mostra os relatos:

> Eu pude vivenciar uma situação em que a médica foi franca demais com o paciente que não estava preparado para receber essa notícia, ela disse para uma paciente jovem de 50 e poucos anos para ela já ir se organizando, num recado assim, de que tu vai durar pouco, tu vai morrer em seguida e a paciente não estava preparada para receber essa noticia. (E18)

> Um dia internou uma menina, 13 anos, com o diagnóstico de leucemia aguda em grau avançado, enfim, não tinha tratamento aqui, mas a médica não queria dar aquele diagnóstico, queria esperar pra que chegasse a Porto Alegre e a equipe de lá desse o diagnóstico justamente pra não impactar aqui, então até lá vai levando, a gente teve um conflito assim eu e ela na verdade de dar o diagnóstico. Nós temos que dar o diagnóstico [...]. Essa tomada de decisão, isso é uma coisa que tem que estar em cima, se não tiver o médico não fala, porque é uma defesa, valores que são teus. (E21)

Observa-se, nesses depoimentos, o conflito existente em dois momentos: a forma como foi feita a comunicação e a omissão do diagnóstico, delegando a função para outro profissional médico. Nas duas ocasiões, os profissionais não estavam preparados para lidar com a comunicação do diagnóstico de câncer, e a conduta foi errônea em ambas as partes, pois os profissionais não utilizaram técnicas de comunicação de más notícias, tampouco a empatia para lidar com a situação. Uma das técnicas de comunicação de más notícias mais conhecidas é o Protocolo Spikes como já discutido anteriormente.

Esse método é divido em etapas que buscam a organização e planejamento da ação de como se preparar para o encontro, ou seja, a forma como fazer abordagem e o ambiente em que será feito; perceber o paciente e o que ele sabe sobre a sua saúde; procurar entender quanto o paciente deseja saber sobre a sua doença e iniciar um processo de comunicação; transmitir as informações desejadas; deixar o paciente expressar as suas emoções e responder empaticamente e, por último, resumir e organizar estratégias a fim de minimizar a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e suas implicações (LINO et al, 2011).

Estratégias como essas podem ser adotadas em todos os encontros com o paciente, facilitando a comunicação, as condutas e as ações, bem como o processo saúde-doença do paciente, de maneira a melhorar a aceitação e a adesão ao tratamento. Todavia, ressalta-se o fato de que esses métodos podem ser adaptados conforme cada situação e a necessidade de que o paciente dispõe.

Para Pavlish et al (2015), existe a incerteza sobre como e quando iniciar conversas difíceis. Outrossim, Silva et al (2011) referem que, na maioria das vezes, o médico não foi devidamente treinado para gerenciar essas situações, considerando aspectos psicossociais do paciente e, também, precisa aprender sozinho a desenvolver habilidades relacionais e comunicacionais não ensinadas na formação acadêmica, além de aprender a lidar com a terminalidade do próximo.

Considera-se que o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo com o paciente e enfrenta conflitos concernentes com tais falhas, que envolvem a comunicação, como foi observado nos depoimentos abaixo:

> Às vezes, há dificuldade da comunicação entre o paciente e médico, e acaba com que o enfermeiro tenha um papel bem importante, bem decisivo. Quando tu chegas para visitar o paciente, ele te relata uma série de situações, aí quando vem o médico ele filtra essas situações e acaba dizendo talvez só as que mais incomodam para ele e, muitas vezes, têm situações que são importantes no tratamento e até no prognóstico da doença, então isso aí eu considero como um dilema. Essa dificuldade em comunicação, entre o paciente e o restante da equipe [...]. (E18)

> [...] desde que eu cheguei ela dizia assim pra mim, quando ficava só eu e ela “fala a verdade pra mim, se fosse só uma tuberculose eu já estaria curada, estaria bem, isso não pode ser só uma tuberculose", então sempre assim aquilo me angustiava por que ela sempre perguntava [...]. (E20)

> [...] acho que a enfermagem lida muito com o cotidiano, a hora do paciente, o médico é uma coisa que foi mais intensa nas ultimas 24, como ele vem uma vez por dia na maioria das vezes ele ouve o que foi mais intenso, a enfermagem sabe mais do cotidiano. Acho que as queixas são diferentes, a intensidade é diferente, às vezes a família e o paciente querem omitir alguma coisa do médico, é muito comum isso [...]. (E21)

Observa-se, nos depoimentos, que existe uma forte relação entre enfermeiro e paciente em virtude do vínculo que se forma, reforçando o seu papel que vai além de funções administrativas e técnicas, permitindo ao profissional ter uma visão holística e íntima.

Esse fato possibilita confiança por parte do paciente ao relatar suas dúvidas, medos e queixas. No entanto, quando algo é omitido do paciente e/ou quando suas dúvidas não são bem esclarecidas, o enfermeiro pode enfrentar conflitos na medida em que o paciente faz questionamentos e o enfermeiro não sabe qual conduta tomar.

Nesse contexto, a omissão do diagnóstico também pode gerar outro conflito relacionado à terapêutica, visto que, em algumas situações, quem opta pelo tratamento é o médico, o qual tenta convencer o familiar da opção, excluindo o paciente das decisões. Assim, com o intuito de esgotar todas as alternativas, o médico decide por continuar o tratamento mesmo sem expectativa de cura, deixando o paciente cada vez mais debilitado e os familiares e enfermeiros preocupados com o decorrer do tratamento.

> Às vezes os familiares também não querem dar continuidade ao tratamento, e o médico diz que tem que dar continuidade [...]. Isso daí a gente vê frequente, dos familiares conversarem com os médicos para desistirem do tratamento pelo paciente, por causa desses efeitos que acaba tendo em casa, não consegue se alimentar, acaba ficando caquético, ou é bastante náusea, em relação à quimioterapia, e o médico querendo dar continuidade ao tratamento [...]. (E4)

> [...] por exemplo, está fazendo uma quimioterapia e a gente vê que aquilo não está fazendo bem e não para, o médico quer seguir, acho que esses dilemas [...], aquilo não está trazendo nenhuma qualidade de vida e a gente trabalha com isso, qualidade de vida, enquanto há vida e uma qualidade pra morte, preparo pra morte, então tem que ver o benefício, às vezes o paciente fica muito debilitado. (E15)

Nesta linha de pensamento, para Houlihan (2015) os enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos enfrentam conflitos na medida em que a capacidade de curar um paciente é diminuída pela progressão da doença e, mesmo assim, cumprem seu papel de administrar quimioterápicos potencialmente tóxicos com resultados questionáveis em pacientes vulneráveis. Já Näppä et al (2014) apontam que os enfermeiros não fazem parte da tomada de decisões relativas à quimioterapia paliativa, metas de prognóstico e tratamento, mas eles têm de

implementar o tratamento e conviver com os conflitos, fato vivenciado por participantes deste estudo.

> Às vezes acontece, um maior dilema assim, de pacientes que não tem muito mais o que fazer, vem pra tratar, mais é pra efeito psicológico, do que na verdade vai ter um efeito terapêutico pra doença [...]. (E1)

> O paciente oncológico terminal é mais complicado. Principalmente quando tu vê ele sofrendo, tu vê que não tem que fazer quimioterapia, porque se tu fizer não vai adiantar mais, que na verdade tu tens que fazer mais conforto [...]. (E2)

Conforme Näppä et al (2014), faz-se necessário ressaltar que a escolha da continuidade do tratamento em paciente terminal deve-se ao fato de que a quimioterapia paliativa não é capaz de curar o câncer, mas destina-se a diminuir os sintomas nocivos, a carga tumoral e a dor, bem como, aumentar a qualidade de vida e prolongá-la. Entretanto, apesar de almejar benefícios com o tratamento, o questionamento por parte dos enfermeiros é pelo fato de que, muitas vezes, o resultado não é o esperado, pois os pacientes pioram a condição de saúde, apresentando vários sinais e sintomas, ao invés de diminuí-los (PAVLISH et al, 2015; HOULIGAN, 2015).

Corroborando com Houligan (2015), um estudo realizado com 993 enfermeiros de um hospital universitário em Seul, na Coreia do Sul, em 2013, apontou que, na unidade de oncologia, a futilidade terapêutica é o que gera mais conflitos existentes na prática, pois não considera a qualidade de vida do paciente (PARK et al, 2014). Em outro estudo realizado por Sibbald, Downar e Hawryluck (2007), foi descoberto que o tratamento, normalmente, não é benéfico quando as famílias exigem, quando falta consenso entre a equipe de saúde e quando há ausência de comunicação. Os pesquisadores sugeriram a obrigatoriedade de uma discussão precoce e qualificada, fornecendo informações aos pacientes e familiares.

Da mesma forma, os participantes do estudo atribuíram que a situação de futilidade foi gerada a partir do momento que os familiares e pacientes não foram informados acerca do prognóstico e das opções de tratamento e que o médico tinha essa responsabilidade; esse fato produziu conflitos para os enfermeiros, os quais permaneciam em silêncio sem questionar (SIBBALD; DOWNAR; HAWRYLUCK, 2007).

Além de gerar conflitos relacionados ao tratamento, a falta de comunicação e o não respeito à autonomia do paciente também ocasionam divergências em relação aos procedimentos em pacientes terminais, o que consta nos relatos a seguir:

> O que a gente percebe também é que quando o paciente já não tem mais condições de evoluir naquele tratamento a gente costuma deixar ele em cuidados paliativos, eu percebo assim que eles [médicos] demoram a se conscientizar [...]. Então são exames de laboratório, é furada daqui, é furada de lá, é uma tomografia num dia, no outro dia é um ultrassom, no outro dia é um raio-x [...]. Muitas vezes o médico não respeita, o paciente vai ficando aí, vão fazendo intervenções [...] Eu acho que tem que ter mais humanismo nessa parte e pensar assim: a gente vai fazer um procedimento que tem chance mesmo do paciente melhorar, que vai ser bom pra ele ou não? (E6)
>
> [...] outra questão da parte ética, é a gente saber que às vezes o paciente está com um tumor inoperável e ele é levado para o bloco cirúrgico, daí tu ficas pensando por que ele foi levado? Se for inoperável que não tem o que fazer, quantas vezes eles vão e voltam por que abriram e fecharam, será que estão fazendo ciência lá no bloco, estudando o paciente, submetendo ele a um procedimento sem necessidade? A gente fica sabendo desses tipos de coisas que acontecem aqui dentro. (E9)
>
> A gente tem várias situações [...], muita tomografia sendo feita de forma desnecessárias, paciente exposto à radiação, paciente que já está em situação de conforto, sendo investido, intubado, fazendo transfusão de sangue, colocando NPT, procedimentos desnecessários que vão dar uma sobrevida de poucos dias pra essa pessoa e na verdade só vai aumentar o sofrimento. [...] a gente trabalha com paciente, ser humano e ele precisa acima de tudo de respeito e dignidade, respeito na hora da morte. (E10)
> [...] semana passada entrou um paciente e ele era cuidado paliativo, tinha um pedido de sonda para passar nele e o familiar não queria e o paciente também não queria. Ele estava lúcido, orientado e não queria sonda e o residente insistindo em passar sonda, porque tinha que passar sonda, mas se o familiar não quer e se o acompanhante não quer, se está em cuidado paliativo, porque tu vai passar sonda? Aí tu tens que acabar te indispondo com quem faz, pelo paciente [...]. (E17)
>
> [...] às vezes o paciente não é nem questionado se ele quer tratar. A gente teve uma situação recente, tinha uma paciente oncológica, está há três anos nessa função, ela é CA de pâncreas, ela estava bem ruim e começou a fazer hiperglicemia, aí a médica fazendo insulina, metformina e ela se sentia muito ruim. Tu vê que a paciente estava pronta, muito mais preparada pra morrer, aceitando o paliativo. A médica chega na beira do leito e insiste com o paciente, “como que tu não vai usar metformina”, daí a paciente diz “eu tomo metformina e me sinto ruim, acho que me deixa pior, com a boca seca”, “não, mas tu tem que usar” [...] tu está vendo de fora e fica o conflito de pensar “será que não é direito dela não tratar agora, não fazer?”, ela já não fazia mais quimioterapia, não tinha mais habilidade pra nada e era paliativo [...]. (E20)

Diante do exposto, fica claro que existe dificuldade dos profissionais em saber quando parar tanto o tratamento quanto os procedimentos em pacientes oncológicos. Para que não se deixe de investir naqueles que se beneficiariam de determinado tratamento ou exame mais complexo para controle de sintomas e não

se gaste recursos com aqueles que não obterão benefício, é necessário estudar minuciosamente cada caso, utilizando adequadamente os índices de prognóstico.

A expressão futilidade terapêutica começou a ser utilizada, no meio médico, na década de 1980, como a introdução ou manutenção de tratamentos considerados ineficazes, relacionados principalmente aos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (PINTO, 2008). Entretanto, observa-se que a futilidade terapêutica, na oncologia, foi relatada com frequência, evidenciando a falta de conhecimento dos profissionais sobre o momento de não investir mais no paciente:

> Pra mim o maior conflito é esse, de não saber a hora de parar, eu acho que na oncologia é muito forte, de tu não poderes decidir ou talvez por interesses, não ver quando é a hora de parar com o paciente. Tem uma hora que não vai mais fazer diferença pra ele aquela medicação, aquela hemodiálise, esse discernimento acho que é o pior, prolonga o sofrimento, não evita, pra mim acho que isso é o pior. (E3)

> [...] como conflito essa questão de dar continuidade ao tratamento quando o paciente não tem chance de vencer aquela doença, o que eu vejo mais é isso, do médico querer ir até o final, porque eu entendo que a quimioterapia é para amenizar aquela dor que o paciente sente, do câncer, mas eu acho que os efeitos colaterais são muito grandes. (E4)

> Diariamente é o investir ou não investir nesse paciente, nos cuidados paliativos, nos cuidados de conforto ou é tentativas às vezes sem sucesso de tentar uma conduta com ele [...]. (E12)

Considera-se que os profissionais não são obrigados a instituir tratamentos que considerem ineficazes, porém, não devemos apenas negar, mas dialogar com pacientes (quando suas condições clínicas permitirem) e familiares, proporcionando ferramentas para compreender e decidir, conferindo autonomia e participação do paciente. Ademais, parte-se do pressuposto que o cuidar nunca é fútil.

Conforme Pinto (2008, p. 395), o tratamento com finalidade curativa, suspenso por ser considerado fútil, ocorre quando os pacientes já se encontram com suas possibilidades limitadas. Os pacientes com doença avançada, porém com um prognóstico considerável (pacientes com prognóstico maior do que 60 dias), podem se beneficiar de alguns exames ou tratamentos mais invasivos para controle de sintomas, como por exemplo: radioterapia craniana para controle de metástases de Sistema Nervoso Central, nefrostomia percutânea para a desobstrução de vias urinárias, colostomia para os casos de obstrução intestinal maligna etc.; pacientes com prognóstico entre 30-60 dias podem beneficiar-se de: gastrostomia alimentar ou descompressiva, radioterapia anti-hemorrágica ou antiálgica, bloqueios para controle

de dor, hemotransfusão (quando com anemia sintomática); pacientes com prognóstico entre 15-30 dias podem beneficiar-se de: toracocenteses e paracenteses de alívio, cateterização de vias urinárias para descompressão, medicações parenterais; pacientes com um prognóstico de menos do que duas semanas de vida devem apenas ser tratados com medicações para alívio do sofrimento, como por exemplo: analgésicos para controle da dor, morfina para controle de dispneia terminal etc. Nesses casos, procedimentos como hemotransfusão e antibioticoterapia são considerados fúteis, pois a morte é iminente; para aqueles com previsão de menos de 72h de vida, até mesmo a dieta e a hidratação artificial podem ser consideradas como futilidade terapêutica. Nesses pacientes, a alimentação, além de não trazer benefícios, poderá acarretar complicações, tais como: náuseas e vômitos (com risco de broncoaspiração), dor e distensão abdominal; a hidratação artificial, por sua vez, pode acarretar piora do edema periférico e até mesmo anasarca (lembrar que a maioria dos pacientes nessa fase apresenta-se com hipoalbuminemia severa), bem como: aumento de secreção traqueobrônquica (respiração ruidosa), aumento do débito urinário (desconforto para troca de fraldas e retenção urinária com dor), aumento das secreções gástricas e intestinais (propiciando vômitos e dor abdominal), piora de derrame pleural (dispnéia), ascite (dispnéia, dor e vômitos) e edema cerebral (confusão mental, convulsões, delirium).

Outra situação negativa ocorreu quando o enfermeiro sentiu-se inconformado em não investir no paciente em terminalidade, o que mostra certo desconhecimento sobre o que realmente era importante naquele momento e, principalmente, um desafio em cumprir aquilo que o paciente deseja.

> [...] então sempre verbalizam pra nós que não querem ser internados “por favor, me deixem morrer aqui, não quero morrer dentro do hospital”, outros dizem “eu não quero mais usar medicação”, “não estou mais disposto”, “não vou mais usar” e é um desafio pra nós enquanto equipe, às vezes é um paciente que tu acredita que tenha uma viabilidade melhor, e fica aquele conflito [...]. (E20)

Para Morgan et al (2011), os pacientes, quando apresentam conhecimento de que as intervenções médicas já não são eficazes na melhora da condição de saúde, geralmente se recusam a receber medidas mais agressivas. Nesse pensar, pode-se inferir que, na medida em que o paciente é informado sobre o seu diagnóstico e

prognóstico, acaba decidindo aquilo que é melhor para si, até mesmo a desistência do tratamento, o que, na sua singularidade, pode evitar a futilidade do tratamento.

A dúvida sobre investir ou não no paciente permeia, além dos familiares, a equipe de saúde. No relato a seguir, percebe-se a contestação do enfermeiro sobre a retirada de uma sonda nasogástrica:

> Ocorreu uma situação em que a médica do serviço ela optou por não utilizar, ele estava com diminuição de nível de consciência e não utilizar então a sonda nasogástrica para alimentação, porque ela considerava futilidade terapêutica [...]. Aí eu me coloquei nesse dilema ético de até que ponto a gente poderia negar a alimentação para ele? Sendo que família também se colocou como preocupada, porque chegava ao lado do leito e ouvia os ruídos hidroaéreos, então talvez o paciente devesse ser alimentado, então a gente não tinha como prever. (E23)

Conforme McCabe e Coyle (2014), o que ocorre nessas situações é que a retenção de fluídos e nutrição no final da vida é uma questão delicada, pois a alimentação e a hidratação são necessidades humanas essenciais e o centro para a interação social e cultural. Assim sendo, os membros da família podem tornar-se angustiados quando o pedido de alimentação por sonda é negado ao paciente em terminalidade. Essa situação requer que o enfermeiro tenha o conhecimento sobre os riscos e benefícios de tais intervenções solicitadas e, dessa forma, poder explicar à família e promover o bem do paciente.

Dessa forma, com essas questões esclarecidas, o enfermeiro poderá evitar conflitos, bem como impedir o sentimento de estar negando a alimentação ao paciente na medida em que essas situações são gerenciadas com esclarecimento, entendimento e responsabilidade ética, estabelecendo a confiança dos pacientes e familiares de forma a reduzir o sofrimento principalmente no final da vida.

Portanto, frente às situações apresentadas, nota-se que a omissão do diagnóstico e prognóstico acaba sendo uma defesa para o profissional, visto a falta de habilidades em lidar com a situação e a própria não comunicação na equipe e a futilidade, como o não conhecimento sobre as condutas em pacientes paliativos e também como mecanismo de esgotar todas as possibilidades e evitar o sentimento de culpa por parte do profissional e familiares por não ter investido tudo o podia.

## 4.2 Comportamentos dos enfermeiros que vivenciam conflitos éticos em oncologia.

Na análise comportamental, houve a ocorrência de 64 comportamentos, sendo 36 positivos e 28 negativos, relacionados à atitude dos enfermeiros frente aos conflitos envolvendo a comunicação em oncologia. Esses foram divididos em duas categorias: *enfermeiro como mediador de conflitos* e *ações do enfermeiro frente aos conflitos éticos*.

### 4.2.1 Enfermeiro como mediador de conflitos éticos

Os enfermeiros ao relatarem como definem o seu papel ao lidar com conflitos éticos na oncologia e as ações promovidas frente às decisões médicas e dos familiares, assim como, as ações prestadas aos pacientes foram identificados 38 comportamentos sendo 36 positivos e dois negativos.

| **Comportamento** | **Referência positiva** | **Referência negativa** |
|---|---|---|
| Papel do enfermeiro | 10 | 00 |
| Ações do enfermeiro frente às decisões médicas e dos familiares | 09 | 02 |
| Ações dos enfermeiros frente aos pacientes oncológicos | 17 | 00 |

Quadro 4 – Comportamentos identificados relacionados ao papel do enfermeiro, ações do enfermeiro frente às decisões médicas e dos familiares e ações dos enfermeiros frente aos pacientes oncológicos (NEVES, 2016).

Primeiramente, é necessário fazer uma discussão a respeito de como o enfermeiro se percebe frente aos conflitos éticos que aparecem na prática clínica em oncologia a fim de visualizar como e por que ocorrem alguns comportamentos. Apesar de, em alguns depoimentos, os enfermeiros relatarem os conflitos durante o desempenho do seu papel como profissional, os comportamentos foram considerados positivos mediante o posicionamento proferido.

> [...] a gente, como sendo a linha de frente do atendimento do paciente que na instituição em qualquer outro lugar, a gente passa como muitos dias sendo mediador de conflitos, na verdade eu vejo o enfermeiro das unidades, principalmente destas unidades clínicas, sendo o carro chefe de

> dimensionamento e da organização e do funcionamento da unidade [...]. (E10)
>
> Eu acho que o que tu faz é intermediar a comunicação para não gerar o conflito, acho que isso é o papel ali junto com o paciente. Tu acabas fazendo a mediação entre paciente e médico, porque eles não conseguem verbalizar as frustrações deles [...]. (E17)
>
> O enfermeiro na verdade é quase que o alicerce da equipe, porque você trabalha os cuidados e quem trabalha mais com cuidado é a equipe de enfermagem, então você trabalha no aspecto também do acolhimento, a enfermagem que dá a acolhida, que abraça que às vezes chora junto com o paciente, abraça a família inteira, conversa com um, conversa com o outro, faz a ponte para passar por outros profissionais [...]. (E19)
>
> Então eu me sinto assim, como um vínculo, muitas vezes a gente é o pivô da relação entre médico e paciente, a gente que tem os olhos mais centrados no paciente como um todo [...]. (E20)
>
> Acho que o meu papel é antes de qualquer coisa de ser uma educadora, a gente tem que ter muita empatia, a gente trabalha com a vida das pessoas, sentimentos, relações, são coisas muito importantes, mas acho que de alguma forma a gente tem que saber o quando e como entrar um pouco mais na vida das pessoas, e de forma a poder ajudar, minimizar esses conflitos, esses sofrimento todo [...]. (E22)

Pode-se perceber que alguns profissionais conseguem visualizar a sua função dentro da prática profissional e, assim, aplicar seus conhecimentos e competências em prol dos núcleos ao seu redor como paciente e família, o que acaba por conduzir situações com determinados comportamentos os quais resultam em ações positivas frente aos conflitos enfrentados.

Fleury e Fleury (2001) entendem por competência profissional o saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor social ao indivíduo. A atuação do profissional é como agente de transformação de conhecimentos, habilidades e atitude, ressaltando o entendimento de agregação de valor como algo que a pessoa entrega para a organização de forma efetiva, para melhorar processos ou introduzir tecnologias e não somente como atingir metas organizacionais.

Destarte, mais do que descrever qual o seu papel frente à prática envolvendo pacientes oncológicos, faz-se necessário ressaltar quais foram os comportamentos emitidos pelos enfermeiros mediante as situações ocorridas em relação à promoção e a educação sobre o processo de saúde-doença entre paciente e familiares, bem como a relação com os outros profissionais. A seguir, apresentam-se algumas falas envolvendo as ações do enfermeiro frente às decisões médicas e dos familiares sobre o tratamento e a omissão do diagnóstico, considerando a comunicação como

um processo com a finalidade de articular e mediar as relações. Dos relatos, os comportamentos considerados positivos foram:

> Esses dias teve uma senhora aqui e eu conversei com a filha. Ela está bem debilitada, aí eu disse: mas ela vai fazer a quimioterapia? Questionei a filha. Aí ela disse: é a gente está pensando em não fazer mais nela. Ai eu disse: olha ela está bem debilitada, tem que conversar com o médico. [...]. (E2)

> Em relação a esses pacientes mais debilitados que até a família pede para não dar continuidade ao tratamento, a gente tenta conversar com o médico e falar que é da vontade do familiar de interromper [...]. (E4)

> [...] a gente conversa, no meu caso eu converso com o familiar, conversava com o médico, várias vezes já aconteceram de eu dizer assim “mas vocês acham que ela não sabe, está ali oncologia, serviço de oncologia na porta” [...] tu tentas dar um apoio, tentas esclarecer o que o paciente te pede, mas eu acho que se é um opção da família e do médico, às vezes a gente conversa com a família, várias vezes eu conversei com a familiar, quem sabe conta. (E18)

A partir desses depoimentos, depreende-se que há uma responsabilidade do enfermeiro no que tange ao acompanhamento do paciente e família em relação à comunicação de más notícias. Há necessidade de vínculo com o paciente, familiar e equipe que permita ao enfermeiro ser o mediador das relações, além de contribuir nas discussões da equipe multidisciplinar.

Os comportamentos foram considerados positivos visto que os enfermeiros tiveram uma postura proativa frente às necessidades apresentadas, questionando as decisões e estabelecendo uma comunicação tanto com o paciente quanto com familiares e médicos, por conseguinte, apresentando uma conduta de mediador de conflitos.

Por ser o profissional incumbido da gerência dos serviços e de mediação da relação entre os profissionais em seu ambiente de trabalho, o enfermeiro está passível de enfrentar conflitos entre os profissionais, familiares e pacientes e vir a ser o mediador da resolução dessas situações.

Para o entendimento sobre qual contexto os conflitos se encaixam, Marquis e Huston (2015) apresentam três categorias: intrapessoal, que envolve uma batalha interna para esclarecer valores e desejos contraditórios; conflitos interpessoais entre duas ou mais pessoas com valores metas e crenças diferentes e intergrupais entre dois ou mais grupos de pessoas, departamentos ou organizações.

Assim, verifica-se que, em vista do que está sendo discutido, os conflitos enfrentados pelos enfermeiros podem encaixar-se em mais de uma categoria, intensificando a importância da situação. A seguir, o relato da enfermeira que

questiona a conduta médica sobre a prescrição de antibiótico em um paciente terminal. O médico não queria investir com a medicação, havendo discordância em relação à conduta entre membros da equipe. Neste caso, o comportamento da enfermeira foi considerado positivo.

> [..] questionei, por que não foi uma conduta única, tinha dias que chegava o antibiótico prescrito, tinha dias que não chegava aí eu ia lá, “olha o paciente está com odor, com secreção, vamos fazer alguma coisa”, aí prescreve, daqui a pouco não, “não vamos por que é um paciente que a gente não vai investir”, dai eu digo: como se o paciente está lá, a gente não está tratando o câncer, a gente está tratando a infecção, a gente não está investindo, a gente está cuidando do paciente, ele tem direito de não morrer drenando infecção, sentindo aquele cheiro horroroso [...]. Houve esse conflito assim, vamos ou não vamos prescrever antibiótico? Em nenhum momento pensei que isso não devesse ser feito, sempre acreditei que sim. [...] é morrer com dignidade eu acho. (E22)

Para os enfermeiros, o conflito se refere à luta que é realizada por meio da fala. As situações conflituosas são caracterizadas pelas divergências existentes entre as pessoas em relação a valores, crenças, cultura, mitos, ideias, opiniões, atitudes e condutas, podendo ser também conceituais e metodológicas, relacionadas às ações necessárias para desenvolvimento do trabalho (SPAGNOL, 2006).

No entanto, Kurcgant (2016) aponta que os conflitos podem ter efeitos construtivos ou destrutivos, tudo depende da maneira como são conduzidos. É competência do enfermeiro tentar decodificar os componentes emocionais e racionais a fim de entender todo o contexto da situação e buscar diferentes caminhos para se abordar e resolver o conflito em questão.

> [...] um dia conversei com a paciente, aí ela disse “eu não quero mais tratar, eu não tratei outras coisas há mais tempo atrás, optei por isso e eu não quero, realmente essa medicação incomoda, me deixa ruim, eu sei que ela não me faz bem”. Então eu fui falar com a médica, conversar, e até durou umas duas três semanas até a médica também conseguir entender, e poder aceitar de não usar, [...] fica um conflito bem difícil. (E20)

Observa-se no depoimento como o enfermeiro conseguiu mediar uma situação de conflito, respeitando a autonomia do paciente e mediando informações entre o paciente e o médico.

Conforme Ades e Greene (1991), a assistência de enfermagem em oncologia possibilita a intervenção em diversos níveis: na prevenção primária e na prevenção secundária; no tratamento do câncer; na reabilitação; e na doença avançada. A assistência de enfermagem em oncologia evoluiu como um assistir que tem foco no

paciente, família e comunidade, visando à educação, provendo suporte psicossocial, possibilitando a terapia recomendada, selecionando e administrando intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando na reabilitação e provendo conforto e cuidado.

Para Camargo et al (2007), assistir em oncologia visa proporcionar à pessoa aumento da expectativa de vida com qualidade e não simplesmente a cura da doença. Ademais, mesmo atuando sob o modelo biomédico, o cuidado de enfermagem, por sua vez, tem em sua essência assistir ao ser humano em sua totalidade, observando a relação bio-sociocultural.

Entretanto, mais do que promover o bem-estar físico do paciente, entende-se que o enfermeiro pode favorecer e possibilitar que o diálogo permeie todos os envolvidos, dando igual oportunidade para o paciente, para que possa manifestar seus desejos e interesses, intermediando as falas e estabelecendo uma comunicação que objetive alcançar o objetivo de promover a autonomia e o conforto do paciente.

Contudo, em determinadas situações, o enfermeiro apresentou comportamentos que foram considerados negativos. Tais eventos ocorreram quando o enfermeiro questionou várias vezes o médico sobre as condutas. É importante ressaltar que a situação em si gerou um comportamento negativo, pois, se houvesse uma boa comunicação entre a equipe, talvez o enfermeiro não precisasse ser insistente em cobrar as condutas médicas.

> “Vocês vão contar quando? Qual vai ser a conduta? Como é que a gente vai fazer? Vai ter quimioterapia? Vai ter radioterapia?” É complicado, acho que tem que ter comunicação entendeu [...] e a gente que é da enfermagem se envolve muito mais, então a gente acaba sendo tabulada como chata. (E7)

> [...] tem a questão do médico da equipe, o paciente valoriza muito o que o médico fala, a hierarquia tem que dar diagnóstico, o médico é o responsável, às vezes dá esse choque, “ah se o médico não vai falar eu que vou falar”, então eu tento sempre conversar em equipe assim, então vou questionar primeiro o médico “mas por que tu não falou, tu não acha melhor falar?” [...] então são alguns conflitos e dilemas que a gente vivencia. (E20)

Neste sentido, Agostini (2005) aponta que conflito é caracterizado por estresse, problemas pessoais, atitudes individualistas, comportamento egoísta, falta de confiança, má comunicação, relações de poder ou até mesmo a personalidade que dificulta o relacionamento.

Para Kurcgant (2016) é de fundamental importância que os profissionais saibam gerenciar conflitos e fazer negociações em seu trabalho, pois o conflito se caracteriza como de caráter relacional, obrigando-os a buscarem soluções criativas, conciliatórias e de qualidade para os problemas e interesses dos envolvidos.

Pavlish et al (2014, p.134) ao entrevistarem um especialista em ética de um hospital no Sul da Califórnia, salientam que esse indicou que “a chave para trabalhar por meio de diferenças morais é a disposição para ouvir e dialogar com uma outra perspectiva e não apenas sobre a ‘minha’ ou ‘sua’ solução”.

Em relação às ações do enfermeiro frente ao paciente com câncer, surgiram inúmeros comportamentos referentes às situações de omissão de diagnóstico e do tratamento.

> Eu acho que isso também remete a nossa ética. Até então a gente não pode, mas a gente também não pode esconder do paciente. Eu sempre digo, que se o paciente perguntar a gente vai dizer, porque como é que tu vai dizer que não, tu não tens câncer, sendo que ele tem. É complicado. Tu tens que dar a oportunidade dele falar. [...] E daqui a pouco se tu não tens mais possibilidade de fazer alguma medicação não está no horário, fez tudo que tu podia, quem sabe tu não vai lá e dispõe cinco minutos para aquele paciente para conversar com ele, ver qual é a necessidade. (E2)
>
> [...] cabe a nos passar a informação para ele, que ele está fazendo esse tratamento para tentar se curar ou prolongar a vida dele. (E4)
> [...] é meu dever, meu papel quanto enfermeiro, informar a pessoa sobre tudo que ela pode vir a ter, melhorar sua qualidade de vida em função do câncer [...]. (E11)
>
> [...] eu pergunto se o paciente já recebeu diagnóstico, por que ele precisa receber, mesmo que ele não tenha condições de discernir, eu tenho que sentar e explicar pra ele, a enfermagem tem que fazer parte disso [...] por que é um direito dele saber, dele e da família. (E21)

Nos depoimentos acima, verifica-se como os enfermeiros tiveram comportamentos positivos, pois reagem quando o paciente não está informado sobre o diagnóstico. Eles referiram manter uma postura em que questionam, informam o paciente caso deseje saber sobre a condição de saúde e, acima de tudo, mantêm o respeito sobre aquela pessoa que está recebendo cuidados. Da mesma maneira, o enfermeiro mostrou-se como um profissional educador, que se posiciona e intervém quando necessário, além de indicar que a enfermagem pode fazer parte do processo de comunicação de más notícias.

Alguns enfermeiros relataram comportamentos em que instigaram o paciente que não sabia do diagnóstico, fazendo-o pensar sobre a sua condição de saúde e, em um deles, acabou revelando de maneira sutil sobre a doença:

> [...] na consulta de enfermagem eu faço isso também, “tu estás aqui fazendo remédio pra quê? Que remédio tu vais fazer?” [...]. (E3)

> Isso a gente tenta pra ver ate onde ele sabe, “tu sabes por que tu está sentindo dor?” “Mas tu teve diagnóstico?” “O médico te falou qual é a tua doença?” E aí eles vão abrindo o leque se sabem ou se não sabem. (E16)

> [...] toda vez que ela dizia que era uma tuberculose, eu voltava e dizia “mas o que pode ser se não for uma tuberculose?” aí ela olhava assim e no início ela se calava [...]. A senhora está sendo atendida por um oncologista, a senhora sabe? “Sim, sim, a doutora fulana é oncologista”, “e o que um oncologista cuida e o que um oncologista faz?”, aí ela nos olhava e de vez em quando dizia “vocês são bem inteligentes” e a gente dizia “a senhora também”. Aí ela do dia pra noite, numas três, quatro vezes que eu voltei a perguntar e ela não respondeu, daí ela responde “eu acho que eu tenho um grande de um câncer” eu disse “sim, se a senhora tem um grande de um câncer a senhora está recebendo um grande tratamento, a senhora está internada em um programa de internação domiciliar, a senhora tem um oncologista, a senhora tem tudo isso”, “é, mas eu só queria entender melhor, ouvir o que eu tenho” e daí a gente então conversou, a gente explicou pra ela, mais eu que por que tinha mais contado assim e mais vínculo, eu e a outra enfermeira [...]. (E20)

Nota-se que no último depoimento a revelação do diagnóstico foi feita de maneira tranquila na medida em que a enfermeira instigou a paciente sobre o que realmente ela tinha, fazendo-a pensar sobre a sua condição de saúde. Pode-se afirmar que, apesar de somente o médico poder revelar o diagnóstico, o enfermeiro pode estabelecer esse tipo de comunicação com o paciente, considerando a vontade dele de receber informações e questionar. O paciente sente-se acolhido e seguro quando alguém o escuta e compreende seus medos e angústias, formando um vínculo capaz de beneficiar todos os presentes nesse processo.

Soma-se aos comportamentos positivos quando o enfermeiro, além de instigar o paciente, também o respeita nas suas escolhas:

> Essa questão do paciente de ter o direito de decidir se ela não quer fazer o tratamento, eu acho que a gente não pode obrigar o paciente, se ele decidiu que ele não quer passar por aquilo ali ele tem que ser respeitado também. (E6)

> [...] muitas vezes tu vai realizar um procedimento e o paciente não quer, tu para tudo e comunica o médico, pra ver se segue aquela conduta, principalmente medicamentosa [...], vê com o paciente pra entrar num acordo na parte medicamentosa e daí na parte de corpo e tudo mais sempre tentar respeitar o paciente em si, e também as crenças dele e tudo mais, tudo que envolve a parte com cuidado em si dele. (E12)

> [...] a gente respeita bastante a autonomia do paciente, se ele não quer fazer o tratamento a gente não estimula que ele faça, mas também não estimula pra que desista, tenta respeitar a vontade dele [...]. (E15)

> [...] às vezes ele está falando uma coisa que eu sou totalmente contra, no sentido de, “eu não queria isso, queria outra coisa”, mas daí é tu tentar ouvir

> todo esse contexto de que é uma doença evoluída e não tem cura, ele já lutou 4, 5, 6 anos às vezes, então ele merece um pouquinho de respeito. (E20)

Conclui-se que, no processo de comunicação de más notícias, o enfermeiro pode, desde o início em que foi revelado o diagnóstico, intervir de maneira a esclarecer dúvidas, instigar, ouvir para compreender, dialogar e, principalmente, respeitar as decisões do paciente, pois esse faz parte da tomada de decisão e pode escolher o que é melhor para si. Não obstante, esse processo de comunicação e intervenção deve ser baseado no Código de Ética dos profissionais e nos princípios da Bioética, integrando o cuidado, a beneficência ao paciente e a autonomia como respeito à opinião do outro.

### 4.4.2 Enfermeiros frente aos conflitos éticos

Em relação aos enfermeiros que manifestaram comportamentos passivos diante das situações de conflitos e das dificuldades encontradas no processo de comunicação, foram identificados 26, sendo todos negativos. Além disso, a não promoção de ações frente aos conflitos apresentou uma incidência considerável e foi agrupada como *Enfermeiro imparcial*.

| Comportamento | Referência positiva | Referência negativa |
|---|---|---|
| Barreiras na comunicação | 00 | 07 |
| Enfermeiro imparcial | 00 | 19 |

Quadro 5 – Comportamentos relacionados às barreiras na comunicação e a passividade do enfermeiro (NEVES, 2016).

Nessa categoria, busca-se discutir algumas barreiras que os enfermeiros encontram na comunicação e, por conseguinte, os comportamentos emitidos frente às dificuldades por eles vivenciadas, que foram considerados negativos.

> [...] muitas vezes a gente não sabe também o que responder outras vezes a gente sabe, mas fica naquela será que a gente fala? Será que a gente não fala o que a gente está sabendo? Será que o médico vai querer passar isso para eles ou não? Eles têm o direito de saber, mas muitas vezes a gente fica esperando o médico falar, então é um dilema mesmo. Às vezes a gente se vê entre a cruz e a espada. (E6)

> Sinto-me impotente assim, a gente se sente bem chateada e triste, impotente por que a gente não pode fazer nada sem o consentimento deles, prescrição deles, ordem deles. (E9)

> [...] isso eu vejo que é complicado assim, às vezes, dentro do hospital seria bem mais fácil se houvesse uma comunicação [...]. Eu estou com uma paciente que ela estava com uma ideia de que tinha sido feito uma cirurgia que tinha tirado os ovários e o útero e na verdade só tirou o útero e o médico disse que tinha tirado tudo e ela descobre que não, e a doença dela está muito mais avançada do que ela imagina, o marido tentando esconder essa informação [...] eu não sei lidar muito com isso, o que seria certo [...]. (E13)

> Às vezes a gente se passa por mentiroso, a família vai na padaria e ele te chama e pergunta ‘’enfermeira o que eu tenho?’’, é difícil (E18).
> [...] na verdade a gente sabia que o mais importante no momento era contar conforme a situação do paciente, é muito difícil pra equipe falar, da finitude da vida, da finitude do que vai ser, do que o câncer era naquele momento [...]. (E21)

> [...] a gente tem uma limitação de atuação frente a isso, por que existe uma restrição, nós somos cobrados muitas vezes pelo paciente ou próprio familiar, pelo médico também, sobre o que é possível fazer, de que forma abordar determinadas situações, muitas das quais tu acaba tendo que ferir um pouco teus princípios, tu tens aquele dilema daquele momento, do que eu posso fazer nesse momento, o que eu não posso, preciso respeitar esse limite agora dessa família. (E22)

Percebe-se, nos depoimentos, que os enfermeiros encontraram barreiras na comunicação, como não saber lidar com a situação da omissão do diagnóstico e prognóstico, falta de comunicação entre a equipe, não conhecimento do que o paciente realmente sabe, hierarquia e pedido dos familiares que não comunique quando o paciente faz questionamentos.

Diante desses fatos, o enfermeiro não demonstrou iniciativa e não promoveu uma ação de intervenção, deixando de apresentar comportamento favorável ao contexto, permanecendo passivo aos acontecimentos e questionamentos do próprio paciente. Nessas circunstâncias, o enfermeiro é considerado passivo na medida em que permanece inerte às situações apresentadas, não desenvolvendo ações participativas nas tomadas de decisões devido às dificuldades que se deparam.

O fato é que os enfermeiros nesse cenário encontravam-se despreparados, não apresentaram um papel questionador e ativo frente às adversidades, não sabiam qual seria a atitude correta a ser tomada, deixando de agir de acordo com as competências.

Nesta abordagem, Fleury e Fleury (2001) consideram que a competência passa a ser compreendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho, na medida em que há pressupostos de que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Já para Le Boterf (1999), a competência não é um

estado ou um conhecimento que se tem nem é resultado de treinamento. Competência é colocar em prática, o que se sabe em um determinado contexto. Há competência apenas quando há ação, ou seja, saber ser e saber mobilizar o repertório individual em diferentes situações.

Nesse contexto, conforme o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros de 2011 de Portugal, são critérios de competência da enfermagem: detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados; o Artigo 6º do Regulamento, determina a comunicação e relações interpessoais; já na competência, no que diz respeito aos quadros ético, deontológico e jurídico, o enfermeiro deve envolver-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas eficazes; respeitar o direito dos clientes ao acesso à informação; respeitar o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde; reconhecer as suas crenças e os seus valores e a forma como esses podem influenciar a prestação de cuidados; respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo estabelece que são competências do enfermeiro: a liderança; a comunicação; a tomada de decisão; a negociação; o trabalho em equipe; o relacionamento interpessoal; flexibilidade; o empreendedorismo; a criatividade; a visão Sistêmica; o planejamento e organização. (COREN SP, 2008).

Nesse contexto, para estabelecer um processo na articulação das competências, Durant (1998) determinou três grandes eixos: o profissional deve apresentar conhecimentos (saber); habilidades (saber-fazer); atitudes (saber ser/agir). O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo; a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido e a atitude refere-se aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho que explicam o comportamento do indivíduo (DURANT, 1998).

Assim, nos relatos a seguir, percebe-se que os enfermeiros não desempenharam nenhuma ação frente aos conflitos, o que é reiterado nos comportamentos negativos referidos quando foram questionados sobre qual a conduta quando o paciente não sabe do diagnóstico:

> É complicado, se o familiar pede, eu não vou chegar pro paciente e não vou falar. [...] então eu tento fazer o que o familiar pede. (E4)

> [...] se a gente falar a gente vai receber alguma punição por isso, então a gente é obrigada a ser conivente com a decisão deles, e o paciente fica prejudicado. A gente fica totalmente impotente, às vezes até a gente fica na dúvida se o paciente sabe ou não e a gente não fala com medo de prejudicar o andamento do processo. (E6)

> Tu nunca sabes se está bem certo, se está errado, tu segues a ética e tua postura, durante o tempo que te formou dá essa possibilidade. (E21)

Os enfermeiros manifestaram uma sensação de impotência frente à decisão de omissão, bem como a dúvida sobre qual seria a conduta correta e medo de receber alguma punição caso comunique o paciente sobre a doença, assim, permaneceram passivos diante da situação, justificados, talvez, pelas barreiras que encontram na comunicação.

Dessa forma, conforme o comportamento apresentado pelo profissional enfermeiro, pode-se perceber a competência que exerce ou não sobre as situações que são vivenciadas no meio de trabalho. Ser conivente com as decisões sem questionar e perceber que o paciente está sendo prejudicado por não receber as informações sobre a sua doença e, consequentemente, não decidir o que é melhor para si, é deixar de agir por competência, pois o enfermeiro não estará se envolvendo nas tomadas de decisão éticas, tampouco respeitando o direito dos pacientes ao acesso à informação e à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde como determina a Ordem dos Enfermeiros de Portugal.

A seguir, apresentam-se os depoimentos em que os enfermeiros foram coniventes com as decisões médicas e dos familiares. Os comportamentos foram considerados negativos, pois apesar de respeitarem os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos, que neste caso é a família, os enfermeiros deixaram de desempenhar suas competências no que se refere à comunicação e relações interpessoais e o respeito ao direito dos clientes ao acesso à informação:

> Tu não tens porque fazer isso, não quer que conte, a gente não conta, mas sabe a importância do tratamento, aí a gente chega lá e diz “ah o tratamento da sua doença”[...] O quanto não falar a gente até respeita, desde que o paciente faça o seu tratamento. (E1)

> [...] a família optou por não explicitar essa condição clínica pra ele, e aí claro que se tem que respeitar a vontade do familiar nessa questão. (E10)

> [...] eles não precisam conversar sobre isso e a gente não precisa saber, então o paciente também não precisa entender. (E11)
>
> [...] se o médico solicita pra nós " já falei com o familiar, familiar acha melhor que o paciente não saiba e tudo mais", dai já é uma conduta médica que a gente vai respeitar e através dali a gente vai trabalhando em cima do que o familiar sabe, do que que o paciente sabe e o que o médico orientou esses dois, então essa é nossa conduta [...]. (E12)
>
> [...] respeito a opinião do familiar quando ele diz assim "ele não pode saber, ele não vai saber que tem câncer", por exemplo, [...] tento estimular "vamos fazer esse remédio que vai passar a náusea, daqui a pouco tu vai fazer uma hidratação tu vai melhorar essa situação", sem falar do diagnóstico [...]. (E16)
>
> Vale a pena ir tratando e escondendo, e agindo de outra forma, mas mantendo a qualidade de vida. (E19)

A crítica realizada por meio da avaliação dos depoimentos, tornando-os negativos, deve-se ao fato de que, em nenhum momento, o enfermeiro questionou o porquê de não comunicar o diagnóstico, e não interviu para uma possível mudança de decisão dos familiares, mesmo que ao final esses permanecessem com a decisão, daí caberia a posição de respeitar. A intenção da reflexão não é impor a comunicação do diagnóstico, mas, sim, procurar maneiras que por meio do diálogo se consiga minimizar os conflitos existentes, sempre pensando naquilo que favorece a saúde do paciente e sua autonomia.

Ademais, parte-se do pressuposto de que a não comunicação só é consentida em casos de pacientes pediátricos ou quando as condições físicas ou psicológicas não permitem que compreendam sua doença. Nesses acontecimentos, o diagnóstico deve ser comunicado à família ou ao responsável, porquanto é uma conduta de exceção e o profissional deve saber reconhecer para quais pacientes a verdade pode ser omitida (GOMES; SILVA; MOTA, 2009).

Assim, os relatos mostram falta de entendimento e de conhecimento sobre a forma de como se deve agir frente aos conflitos éticos na oncologia, além de não apresentarem empatia e humanização com o paciente, pois um dos enfermeiros afirma que o paciente não precisa saber o que está acontecendo e outro refere que vale a pena ir tratando e escondendo.

Lavelle e Tusaie (2011), afirmam que a pressuposição de que os profissionais de atendimento de saúde são os melhores juízes em relação ao tratamento mais eficiente é, na verdade, bastante narcisista e, além disso, essa pressuposição pode

roubar dos pacientes seu direito à autodeterminação e reduzir a autonomia do paciente.

Na discussão desse estudo, foi reiterada a importância da informação para que o paciente participe do processo da doença e da tomada de decisões, assumindo um papel de protagonista da sua própria saúde, visto que essa postura pode melhorar o seu prognóstico e incentivá-lo a lutar pela vida.

No entanto, identificou-se que os enfermeiros, ao atuarem sem agir por competências, se eximem das responsabilidades apenas em concordar com todas as decisões e, tão logo, deixam de enfrentar conflitos com os familiares e médico, tornam-se passivos e assumem o papel daquele que finge não ver ou que não percebe o que está acontecendo ao seu redor.

Para Petersom e Carvalho (2011), alguns fatores podem contribuir para esse afastamento como medo da morte, ansiedade do próprio enfermeiro sobre a habilidade do paciente de enfrentar a doença, falta de tempo ou falta de treinamento de como interagir com esses clientes e dificuldades de comunicação entre enfermeiro e pacientes em estado terminal.

Todavia, a falta de vontade do enfermeiro e do médico de se comunicar e interagir pode ser interpretada pelos pacientes como um não cuidado, uma atitude distante que pode gerar sentimentos de medo e abandono. Para saberem do diagnóstico de câncer, os pacientes esperam receber apoio do profissional de saúde e, ao manifestarem suas ansiedades, preocupações e dúvidas, receberem informação do enfermeiro (SILVA, 2008).

Acredita-se imprescindível refletir que as competências necessárias à formação do enfermeiro são reflexos das necessidades do mercado e da população, que requerem profissionais competentes e conscientes de seu papel social. Por isso, o enfermeiro necessita analisar e promover ações de acordo com a necessidade do local onde trabalha, a fim de não somente alcançar metas, mas, sim, favorecer, incrementar e fomentar a busca por um trabalho embasado por estratégias que envolvam o cuidado, a comunicação e a ética.

No pensar de Dutra (2016), o gerenciamento de conflitos deve ter como protagonista um profissional capaz e com as seguintes habilidades básicas: proatividade; não aceitação das coisas como elas são sem antes perguntar por que elas não poderiam ser feitas melhor; trabalhar o medo da perda e do ataque que

surge diante do enfrentamento de situações desconhecidas; quebrar resistências e acreditar que é possível aprender a negociar.

Finalizando essa temática, acredita-se que, por meio dos conhecimentos sobre gestão de conflitos, os enfermeiros poderiam administrar e controlar de maneira efetiva as situações de conflito, o que determinaria comportamentos positivos envolvendo a comunicação de más notícias em oncologia.

## 4.3 Consequências atribuídas aos conflitos éticos vivenciados por enfermeiros em oncologia.

De acordo com as entrevistas realizadas com os enfermeiros, foram identificadas 23 consequências relacionadas à comunicação do diagnóstico, sendo 16 positivas e 7 negativas, as quais foram agrupadas da categoria a seguir.

### 4.3.1 Implicações da comunicação diagnóstica

Esta categoria foi dividida em dois grupos referentes às consequências do paciente saber do diagnóstico e não saber e como estas condições podem implicar na prática do enfermeiro.

| Consequências | Referência positiva | Referência negativa |
|---|---|---|
| Saber do diagnóstico | 11 | 05 |
| Não saber do diagnóstico | 00 | 07 |

Quadro 6 – Consequências positivas e negativas do paciente saber ou não o diagnóstico de câncer (NEVES, 2016).

Quanto ao saber do diagnóstico, foram considerados positivos os seguintes relatos:

> Eu acho que se o paciente sabe, tu tens como manejar diferente porque ele tem condições de lutar contra aquilo que ele sabe, se tudo tiver bem explicado. Não digo que isso vai curá-lo, mas eu acho que o enfrentamento dele da doença é diferente. [...]. (E2)

> Eu acho importante o paciente estar ciente do que esta acontecendo com ele, pelo menos do diagnóstico, para poder decidir se dá continuidade ao tratamento ou não. (E4)

> [...] a gente tem casos, por exemplo os pacientes hematológicos, eles têm que saber até para se cuidar melhor, para ter cuidados em relação a neutropenia, para adequar a vida ao tratamento [...]. (E18)

> [...] trabalhar com a verdade sempre, eu não posso mascarar um diagnóstico, do paciente não saber, ele tem que saber e ele contribui, ele trabalha de forma mais ativa se ele souber que tem determinada patologia. Há pouco tivemos uma menina, ela só conseguiu ser participativa no tratamento no momento que soube exatamente qual era o diagnóstico, quais eram as premissas do que estava acontecendo com ela no momento e que tinha escolha. (E21)

> A autonomia que ele tem pra compartilhar o cuidado junto com seus cuidadores, participar do projeto de cuidados, “nesse momento que quero fazer isso”. (E22)

Revelar o diagnóstico de uma doença grave não é fácil e implica que a equipe acompanhe o paciente nesse momento tão delicado e, por isso, para essa tarefa, é necessário planejamento.

Reforça-se que, apesar de parecer uma sentença de morte devido ao seu estigma, comunicar o diagnóstico pode trazer benefícios ao paciente como a autonomia, participação no processo saúde-doença, compreensão do momento vivenciado e a tomada de decisões.

Para Jonas et al (2015), a forma como o profissional de saúde comunica a notícia pode interferir diretamente no enfrentamento da doença, considerando que um adequado manejo da informação é fator indispensável na comunicação do diagnóstico de câncer. A revelação de informação é um dos aspectos do cuidado e é associada à diminuição dos níveis de ansiedade, transtornos do humor e angústia e melhor aceitação do plano de tratamento.

Estudo com adolescentes sobreviventes do câncer relatou que os pacientes que tiveram conhecimento da doença, participaram das decisões sobre o tratamento, inclusive no que se refere ao tema fim da vida, tomaram suas decisões autonomamente (POUSSET et al, 2009).

Ao informar tudo ao paciente, não se pressupõe que os médicos terão problemas; a maioria nunca ou poucas vezes teve alguma situação conflituosa por informar adequadamente o paciente (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011).

No presente estudo, outros relatos que foram considerados positivos estão relacionados não somente à escolha do tratamento e a cuidados durante o processo, mas, também, ao planejamento de vida do paciente:

> Ela é bem ciente do diagnóstico, ciente que ela está tentando organizar tudo na vida dela assim, ela sabe que a qualquer momento pode acontecer alguma coisa, ela é bem ciente disso [...]. (E15)

> [...] geralmente tenho visto que todas as famílias que a gente acompanha sempre tem um conflito que quer resolver antes da morte, então acho que ele tem que saber, ele precisa saber [...]. A gente teve uma paciente jovem [...] é um câncer de mama, ela descobriu amamentando a filha [...] ela conosco verbaliza, tanto que teve uma piora recentemente e me disse que separou todos os documentos e tentou explicar para marido [...]. (E20)

Estar ciente do diagnóstico permite ao paciente planejar sua vida, resolver pendências e estabelecer uma organização durante a fase em que vive. Conforme Potter e Perry (2013), nesses casos, cabe ao enfermeiro encorajar o paciente e os familiares a partilhar suas prioridades para os cuidados na doença crônica avançada, pois estão mais propensos a querer que suas necessidades de conforto, sociais ou espirituais sejam satisfeitas em vez de buscar curas médicas.

Assim, o saber do diagnóstico também foi identificado como ponto negativo para o paciente, ainda que com menor frequência, merece ser discutido em virtude das concepções apresentadas:

> [...] porque se não ele ia se deprimir, então na verdade ele [familiar] falou pra mim, falou pra médica também. É bem complicado [...] Como já tive casos de pacientes ‘’ah eu tenho câncer que eu tenho pra fazer mais?’’ Principalmente, quando eles retornam com metástase. [...] quando eles retornam por ‘’ah ,ele está com metástase’’, aquilo ali me entrega ele (E1)
> [...] acham que tem uma tendência suicida, que acham que pode vir a piorar o estado de depressão dele. (E10)

> Quando eles sabem o diagnostico, no geral, eles têm aquela fase de negação, depois tem uma fase que fica meio que negociando, eu troco isso por aquilo, se eu ficar bom eu vou fazer isso, se eu ficar bom vou fazer aquilo, alguns entram em depressão, ficam depressivos, colaboram pouco, choram muito. É bem difícil. (E16)

> [...] quando a pessoa chega para o tratamento, mas já está em estado avançado e geralmente vai ter um tempo de vida. Se você falar, o tempo vai diminuir mais ainda, porque ele vai entrar em depressão e outras doenças aflorar concomitantemente com o diagnostico de câncer, então, nesse caso, às vezes, não vale a pena contar. (E19)

> [...] muitos pacientes ficam bastante abalados com seu prognóstico, acho que pensando que eu gostaria de saber, mas, ao mesmo tempo, eu ficaria deprimida, talvez eu não fosse ter a mesma força que eu teria pra seguir a diante, talvez o meu sofrimento fosse acarretar um sofrimento maior dos meus familiares. Muitos pacientes que não conseguem guardar pra si, às vezes, eles acabam expressando o que sentem e isso causa sofrimento a todos os demais. (E22)

No que concerne a dar ou não uma notícia difícil, permanece o conflito interno, nota-se também que além de expressarem algumas experiências negativas,

os enfermeiros também tentam colocar-se no lugar do outro, pensando como seria se fosse com eles.

Ressalta-se que, por achar que poderão aumentar o sofrimento e a depressão, os enfermeiros ficam preocupados com o fato do paciente não conseguir suportar a escuta da informação sobre o diagnóstico. Alguns enfermeiros inseridos no estudo evitam falar sobre terminalidade e morte para preservar o paciente e sua família, justificando proteção, principalmente no caso de pacientes em fase terminal.

Como já se vem discutindo, os momentos de comunicação de notícias difíceis ocasionam perturbação, tanto à pessoa que a recebe quanto à pessoa que a transmite e provoca nos profissionais, principalmente nos enfermeiros e nos pacientes, medo, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação.

Para Andrade et al (2014), os profissionais precisam se questionar sobre a maneira como dividirão as informações com as pessoas envolvidas. É importante que se informem sobre o que o paciente sabe de seu diagnóstico e prognóstico.

Nesse contexto, são primordiais a percepção e a interpretação dos sinais não verbais do paciente, os quais possibilitarão a identificação do estado emocional do doente e mostrarão ao profissional até onde ir naquele momento. Ao comunicar notícias difíceis, é essencial que o profissional desponte atenção, empatia e carinho em seu comportamento e sinais não verbais no paciente. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque em mãos, braços ou ombros auxiliam a evidenciar empatia e proporcionar apoio e conforto (ANDRADE et al, 2014).

De acordo com Gomes, Silva e Mota (2009), o vínculo estabelecido entre o enfermeiro e o paciente, no momento de uma notícia difícil, é essencial para ajudar o paciente a encarar sua nova realidade.

O fato de o enfermeiro ter mais contato com os pacientes no cotidiano do seu tratamento e de compartilhar dos sofrimentos, medos e angústias do paciente, permite-lhes condições de identificar e de se aproximar das necessidades sentidas e vividas pelos que estão sob sua responsabilidade, mais do que qualquer outro profissional.

Apesar da comunicação do diagnóstico poder gerar algumas consequências negativas, como abordado anteriormente, o não saber da doença também foi apontado como fator para desencadeá-las.

> Porque em casa, dois três dias depois, alguma coisa de diferente ele vai sentir e não vai saber o porquê. Isso é muito ruim, porque alguma coisa que ele poderia sentir é sinal que tem que procurar ajuda do médico, então eu acho que isso dificulta bastante na nossa área. (E4)

> [...] não deu o diagnóstico e o paciente não fez o tratamento, por que ele achou que não era uma doença tão grave e achou que ia se curar sozinho, já vi de paciente relatar, em câncer bem avançado, de relatar que não sabia que era uma doença tão grave, que o médico não relatou que era um câncer. (E21)

Acredita-se que as orientações são fundamentais aos pacientes com câncer, pois permitem a participação no processo, bem como a observação de qualquer sinal ou sintoma que venha desencadear, além de permitir ao paciente dar maior atenção a sua saúde.

Para Peterson e Carvalho (2011), saber do diagnóstico permite que os pacientes se adaptem melhor às situações, identificando e atendendo suas necessidades de saúde, além de transmitir-lhe confiança, a fim de que se sintam satisfeitos e seguros, diminuindo o medo e a ansiedade.

Em contrapartida, a não comunicação do diagnóstico e prognóstico, além de prejudicar o paciente no que diz respeito às orientações, também pode transmitir uma falsa ideia de que não é nada grave ou uma falsa esperança de cura como mostra os relatos:

> [...] a gente viu ela relatando isso, “agora quando eu for pra casa”, e na verdade não tem mais jeito [...]. (E6)

> [...] ele já tinha me pedido psicóloga pra conversar com ela, e a psicóloga disse que ela realmente estava fazendo planos pra daqui a 20 anos. (E13)

> E acaba que gera muita ansiedade por conta do paciente, porque ele mesmo questiona a gente, a gente é que está 24h com ele, então eles chegam e questionam “você já tem alguma notícia do meu exame?” [...] então enquanto não vai falando, eles vão acreditando que está tudo bem, que vai ser curado, a gente fica muito angustiado, porque a gente sabe como é que ele está [...]. (E7)

Considerando a esperança como um mecanismo de defesa e fortalecimento da vivência, diante dos depoimentos, é importante considerar que existe uma grande diferença entre manter a esperança quando se sabe do diagnóstico e quando não se tem o conhecimento.

A esperança pode surgir quando as informações são omitidas e o paciente não sabe da gravidade e passa a inferir que tudo vai ficar bem. Essa situação pode gerar consequências negativas na medida em que o paciente apresenta piora do

seu estado de saúde e a comunicação nesse caso torna-se cada vez mais difícil de ser realizada.

A esse respeito, estudo realizado por Wakiuchi et al (2015) constatou que a esperança em pacientes que sabem do seu diagnóstico torna-se um sentimento capaz de fazer o ser humano vislumbrar um horizonte de vida com novas perspectivas, passando a acreditar em tempos de bonança, mesmo quando uma doença crônica como o câncer surge em sua vida e traz consigo o estigma de incurabilidade e de tratamento longo e doloroso. Ademais, uma das constatações foi de que os percalços experenciados ao longo do tratamento não foram suficientes para diminuir a esperança desses indivíduos, pelo contrário, fez com que ela aumentasse ainda mais.

Desse modo, a enfermagem, como profissão mais próxima ao paciente com câncer, deve estar atenta aos desejos e sentimentos desses indivíduos. Identificar os níveis de esperança nos pacientes pode conferir subsídios para que os enfermeiros planejem os cuidados, objetivando ações mais apropriadas no estímulo à esperança e redução do impacto da doença no cotidiano de pacientes oncológicos (WAKIUCHI et al, 2015).

Portanto, tendo em vista as consequências que a omissão do diagnóstico pode causar ao paciente, a partir do diagnóstico, é prudente que o enfermeiro se questione: Qual o prognóstico do paciente? Que benefício trará tal conduta ao paciente? (Beneficência) Que danos poderá acarretar? (Não-maleficência) Qual a opinião do paciente e família a respeito? (Autonomia) Que implicações trará aos outros pacientes? (Justiça).

## 5 Considerações finais

O presente estudo possibilitou conhecer os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na comunicação de más notícias em oncologia, além de identificar a vivência do enfermeiro nesse contexto e descrever as ações perante os conflitos éticos, por meio da Técnica do Incidente Crítico.

Os conflitos éticos que foram identificados nesse estudo, por meio das situações relatadas pelos enfermeiros, estão relacionados ao estigma da doença, à omissão do diagnóstico e prognóstico de câncer ao paciente, à futilidade terapêutica e de procedimentos e à comunicação entre equipe, paciente e familiares. Nos relatos, pode-se verificar uma alta incidência de referências negativas, enfatizando a importância do objetivo desse estudo.

Essas situações geraram comportamentos, nos quais foi possível identificar as ações dos enfermeiros frente aos conflitos e suas consequências. Nas ações, é importante considerar que, em alguns casos, o enfermeiro assumiu um papel questionador, fazendo intervenções quando necessário, de forma a contribuir para a revelação da verdade e adesão do paciente ao tratamento, respeitando seus direitos e sua autonomia.

Os enfermeiros que relataram intervenções de caráter humano demonstraram sentimentos positivos, reconhecendo o quão essas ações são importantes e significativas para oferecer uma assistência holística, contribuindo para proporcionar conforto, esclarecimentos e conferindo autonomia ao paciente. Dessa forma, pode-se ressaltar que esse pode ser um bom caminho a ser trabalhado no comportamento dos enfermeiros.

Entretanto, alguns enfermeiros referiram uma conduta de não interferir na decisão dos familiares e médicos, muito menos questioná-los. Esse posicionamento

deve-se ao fato de não se sentirem confortáveis e preparados ou por não possuírem embasamento teórico que possibilite atitudes proativas para se comunicar e interagir com a equipe, paciente e familiares.

Foi possível corroborar que, na oncologia, ainda existem conflitos éticos relacionados ao sigilo do diagnóstico e prognóstico do paciente, fato agravado porquanto os profissionais apresentam fragilidades na comunicação de más notícias. As fragilidades repercutem nas ações do enfermeiro, comprometendo a humanização e acolhimento do paciente oncológico, bem como em relação aos outros profissionais da equipe e representam a necessidade de conhecimento somado com afetividade, comunicação, sinceridade e empatia.

Esses elementos que influenciam o desenvolvimento da assistência prestada ao paciente oncológico são construtivos para o cuidado, o qual precisa ser individualizado, visto que cada paciente apresenta elementos culturais, sociais e religiosos, além das suas transformações fisiológicas e psíquicas, bem como a sua própria visão sobre morte.

Sabe-se que nem todas as situações de conflito são passíveis de resolução, pois não dependem exclusivamente daquilo que o enfermeiro considera como adequado para determinada situação. No entanto, existem formas de minimizá-las e tornar aquela circunstância passível de negociações.

É importante considerar que, apesar de o enfermeiro perceber o seu papel como educador e mediador de conflitos, não apresenta comportamentos positivos em sua totalidade, nem toma as decisões e exerce as condutas baseado no Código de Ética, nas competências e nos princípios da Bioética.

A busca por aprimoramento é uma possibilidade e deve ser constante. O enfermeiro, ao deparar-se com situações de conflito ético, necessita preencher as lacunas e sanar suas dúvidas por meio do conhecimento das suas competências, a fim de prestar um atendimento capaz de contribuir de forma eficaz na resolução dos conflitos.

Além disso, ressalta-se que a Técnica do Incidente Crítico permitiu quantificar as situações, comportamentos e consequências ocorridas, de maneira a evidenciar a frequência com que os fatos acontecem, enfatizando o objetivo deste estudo. Nesse contexto, considera-se que os pressupostos foram confirmados e os objetivos alcançados.

Por fim, acredita-se que este estudo possa contribuir para a reflexão da prática da enfermagem na comunicação de más notícias em oncologia, visto que considera todos os aspectos positivos e negativos das ações prestadas pelos enfermeiros, servindo como guia sobre aquelas condutas e comportamentos que podem ser reproduzidos e aprofundados, além de conceder uma crítica àqueles que apresentaram comportamentos não favoráveis às situações que testemunharam.

**Referências**


ADES, T.; GREENE, P. Principles of Oncology Nursing. In: Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP, organizadores. **American Cancer Society of Clinical Oncology**. Atlanta (GEO): American Cancer Society, p. 587-593, 1991.

ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Públ**., Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 283-299, jul./sep. 1993.

AGOSTINI, Rosângela de. **O Conflito como Fenômeno Organizacional**. 2005. 108p. (tese) - Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

ALBUQUERQUE, P. D. S. S.; ARAÚJO, L. Z. S. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 2, p. 144-152, 2011.

ALTOUNJI D. et al. A self-care retreat for pediatric hematology oncology nurses. J Pediatr Oncol Nurs., v. 30, n. 1, p. 18-23, jan-feb. 2013.

ANDRADE, C. G. et al. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 674-679, set./out. 2014.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética Biomédica**. Edições Loyola, 2015. 574 p.

BOTERF, Guy Le. **Compétence et navigation professionnelle**. Paris (FR): Editions d'Organisation, 1999.

BAILE, W. K. et al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-1, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2011, 206p.

BRASIL. Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e outras providências. Lei ESTADUAL N. 10.241, de 17 de março de 1999. Governo do Estado de São Paulo, volume 3, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n º 466 de 12 de dezembro de 2012 – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf >

BURSTON, A. S; TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions**. Nurs Ethics** [online], v. 20, n. 3, p. 312-324, may 2013. Acesso em: 5 nov 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1177/0969733012462049>

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança / adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 2, 2005.

CORLEY, M. C et al. Nurse moral distress and ethical work environment. **Nurs Ethics** [online]. v.12, n. 4, p. 381-390, 2005. Acesso em: 5 nov 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1191/0969733005ne809oa>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Acesso em: 6 abr 2016.Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN). Projeto Competências. out. 2008. Acesso em: 5 nov 2016. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Projeto_Competencias.pdf>

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 36 (1 Supl. 1), p. 40-50, 2012.

CANTILLO, E. V.; ILLERA, G. V. Ehtical dilemma. **Salud Uninorte**. Barranquilla (Col.) v. 29, n.1, p. 113-123, 2013.

CAPONERO, Ricardo**. A comunicação médico-paciente no tratamento oncológico**. MG EDITORES - GRUPO SUMMUS, 2015, 184p.

CHIU, T. Y et al. Prevailing ethical dilemmas in terminal care for patients with cancer in Taiwan. **J Clin Oncol**., v. 27, n. 24, p. 3964-3968, aug. 2009.

DAVIS, S.; SCHRADER, V.; BELCHEIR, M. J. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 6, p. 738–749, 2012.

DELA COLETA, José Augusto e Dela Coleta; DELA COLETA, Marília Ferreira. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação**. Taubaté: Cabral editora e Livraria Universitária, 2004. 130p.

DELA COLETA, José Augusto. **A técnica dos incidentes críticos: aplicação e resultados**. Arq. Bras. de Psicologia Aplicada., v. 26, n. 2, p. 35-58, 1974.

DURANT, T. Forms of incompetence. In: 4th Internacional Conference on Competence-Based Management. Oslo (NW): Waikato Management School; 1998

DUTRA, Joel Souza. **Gestão de Pessoas: Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas**. 2 ed. Atlas, 2016, 210p.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, 197p.

ESTRELA, Maria Teresa; ESTRELA, Albano. **A técnica dos incidentes críticos no ensino**. 2.ed. Lisboa: Estampa, 1994. 156p.

FLANAGAN, Jonh Clemans. **A técnica do incidente crítico**. Arq. Bras. de Psicologia Aplicada, v. 21, n. 2, p. 99-141, 1973, 141p.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp**., Curitiba, v. 5, n. spe, p.183-196, 2001.

FRANÇA, M. D.; BOTOME, S. P. É possível uma educação para morte?.**Psicol. Estud**., v. 10, n. 3, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa – Nova Ortografia**. 8. ed. Positivo editora, 2010, 960p.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc saúde coletiva**. v.18, n. 9, p.2589-2596, 2013.

GAUDINE, A.; THORNE, L. Nurses' ethical conflict with hospitals: A longitudinal study of outcomes. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 6, p. 727–737, 2012.

GALINDO, R. H. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 420-427, 2012.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioét.**, v. 21, n.3, p. 455-62, 2013.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Rev Bras Canc**., v. 55, p. 139-143, 2009.

GREMLER, D.D. The Critical Incident Technique in Service Research. **Journal of Service Research**, v. 7, n. 1, p. 65 – 89, 2004.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Claudia Buchweitz e Pedro M Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HARTLAGE, H. N. Exploring boundaries in pediatric oncology nursing. **J Pediatr Oncol Nurs**., v. 29, n. 2, p.109-112, mar-abr. 2012.

HOULIHAN, N. G. A Review of "Challenging Situations When Administering Palliative Chemotherapy - A Nursing Perspective". **Oncol Nurs Forum**, v. 42, n. 3, p.319-20, 2015.

I SORTA-BILAJAC. Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. **J Med Ethics**, v.34, p. 450-455, 2008.

IGLESIAS, M. E. L.; VALLEJO, R. B. B. Nurse attitudes in relation to health care ethics and legal regulations for nursing. **Acta Bioethica**, v. 20, n. 2, p. 255-264, 2014.

KEMPPAINEN, J. K. The critical incident technique and nursing care quality research. **Journal Advanced Nursing**, v. 32, p. 1264–1271, 2000.

KRISTEN, F. et al. The Critical Incident Technique: A Useful Tool for Conducting Qualitative Research**. Journal of Dental Education**, v. 72, v. 3, 2008.

KELLEY, T.; DOCHERTY, S.; BRANDON, D. Information Needed to Support Knowing the Patient. **Advances in Nursing Science**, v. 36, n. 4, p. 351–363, 2013.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 9 ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2008, 304p.

KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em enfermagem**. 3 ed. Guanabara, 2016, 2012 p.

LAVELLE, S.; TUSAIE, K. R. Reflecting on forced medication**. Issues in Mental Health Nursing**, v. 32, n. 5, p. 274-278, 2011.

LINO, C. A. et al. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 53, n.1, p. 52 – 57, 2011.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONE, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006.

MENEZES, M. F. B. et al . Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. spe, p. 780-785, out. 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C, de CP.; GALVÃO, C. M. **Revisão Integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidência de saúde e na enfermagem. Revista Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 4, p 758-764, out-dez. 2008.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009.

MARTÍNEZ, Emílio; CORTINA, Adela. **Ética**. 3 ed. abr. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MCLENNON, S. M. et al. Oncology Nurses' Narratives About Ethical Dilemmas and Prognosis-Related Communication in Advanced Cancer Patients. **Cancer Nursing**, v. 36, Issue 2, p. 114–121, 2013.

MCCABE, M. S; COYLE N. Ethical and legal issues in palliative care. **Semin Oncol Nurs**. v. 30, n. 4, p.287-295, nov. 2014.

MOREIRA, M. B; TROCCOLI, I. R. Técnica do Incidente Crítico enquanto técnica de pesquisa: um exemplo aplicado. **Revista Gestão Organizacional**, v. 6 - Edição Especial, 2013.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol, J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 653p.

NAPPA, U. et al. Challenging situations when administering palliative chemotherapy—A nursing perspective. **European Journal of Oncology Nursing**, p. 591–97, 2014.

NOGUEIRA, M.S. et al. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Rev. Paul. Enf**., v.12, n.3, set./dez. 1993.

NEVES, Franciele Budziareck das. **A omissão do diagnóstico de câncer: os motivos que levam o familiar-cuidador a tomar tal decisão**. 2014. 59p. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

POLIT D. F; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, p.457-494, 2006.

PINTO, C. S. Quanto o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista da paliativista. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 393-396, 2008.

PAVLISH, C. L. et al. Nurses' responses to ethical challenges in oncology practice: an ethnographic study. **Clinical Journal of oncology nursing**, v.16, n.6, 2012.

_____. Barriers to Innovation: Nurses' Risk Appraisal in Using a New Ethics Screening and Early Intervention Tool. ANS **Adv Nurs Sci**., v. 36, n. 4, p. 304-319, oct-dez. 2013.

_____. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. **Oncol Nurs Forum**, v. 41, n. 2, p.130-40, mar.1, 2014.

_____. Indicators and Risk Factors for Ethical Issues in Clinical Practice. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 43, n. 1, p. 13–2, 2014.

PARK M. et al A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. **Nurs Ethics**., v. 21, n. 5, p. 594-607, jan. 21, 2014.

PAVLISH, C. et al. A culture of avoidance: voices from inside ethically difficult clinical situations. **Clin J Oncol Nurs**., v. 19, n. 2, p.159-165, abr. 2015.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Conceitos básicos de epidemiologia. In: EPIDEMIOLOGIA: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 4.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-697, jul./ago. 2011.

POUSSET, G. et al. Attitudes of adolescent cancer survivors toward end-of-life decisions for minors. **Pediatrics**, v. 124, n. 6, p.1142-1148, 2009.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 1, p.227-235, jan. 2013.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, 1568p.

PYE, K. Exploring moral distress in pediatric oncology; a sample of registered practitioners. **Issues Compr Pediatr Nurs**., v. 36, n. 4, p. 248-261, dec. 2013.

PELOTAS (cidade). Prefeitura municipal de Pelotas. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/cidade/dados-gerais.php> Acesso em: 15 out. 2015.

PORTAL BRASIL. Hospital Escola UFPEL. Disponível em: <http://www.pelotas.rs. gov..br/cidade/dados-gerais.php> Acesso em: 15 out. 2015.

PORTAL BRASIL. Hospital Escola UFPEL. Disponível em: <http://www.ebserh.gov. br/web/portal-ebserh/historia> Acesso em: 13 jul. 2016

REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS. Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 22 out., 2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf > Acesso em: 4 out. 2016.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011. 336p

RIBEIRO, L. C. M. et al . Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm**., Brasília, v. 65, n. 1, p. 162-171, fev. 2012.

SALES, C. A. et al. O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 14, n.4, p.841-9, out./dez. 2012.

SCHÖN, Donald A. **Educating the reflective practitioner: Towards a new design for teaching and learning in the professions**. London Josey: Bass, 1987.

SERRANO, Ana Rita Neves. **Importância e Efeitos de Incidentes Críticos na Satisfação e Lealdade do Cliente**. 2006. [Dissertação de Mestrado] - Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação de Lisboa, Lisboa (Portugal), 2006.

SPAGNOL, Carla Aparecida. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus "nós"?** 2006. 315 p. (tese) - Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SIBBALD, R. DOWNAR, J. HAWRYLUCK, L. Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. Canadian. **Medical Association Journal**, p. 1201–1208, 2007.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

SILVA; T. M. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Rev Eletrônica Enferm**, v. 9, n.1, p. 64-78, 2007.

SILVA, L. C. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat**., México, n. 16, jun. 2009.

SILVA, R. S. et al. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, n. 45, v. 3, p. 738-44, 2011.

SILVA, C. M. G. C. H. et al . Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SONTAG, Susan. S686d **A Doença como metáfora** / Susan Sontag; tradução de Márcio Ramalho. — Rio de Janeiro : Edições Graal, 1984. (Coleção Tendências, v. n. 6)

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.2923-2930, 2012.

TRINDADE, E. S. et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VILLAFRANCA, R.C. GUILHEM, D. BRITO, K.P. Paternalismo médico. **Rev. Med. Electrón,** Matanzas, v. 35, n. 2, p. 144-152, abr., 2013.

WAKIUCHI, J. et al. Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paul Enferm**., v. 28, n. 3, p.202-208, 2015.

ZYDZIUNAITE, V. LEPAITE, D. SUOMINEN, T. Leadership styles in ethical dilemmas when head nurses make decisions. **Int Nurs Rev**, v. 60, n. 2, p. 228-35, 2013.

YARBRO, C.H. **The Oncology Nurse. In: De Vita VT Jr, Hellman NS, Rosenberg AS, organizadores. Principles and Practice of Oncology**. Philadelphia (PEN): J.B. Lippincott, p. 2917-23, 1997.

# Apêndices

# Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## Universidade Federal de Pelotas

## Faculdade de Enfermagem

## Programa de pós-graduação em enfermagem

**Pesquisa:** Conflitos éticos: o papel do enfermeiro frente ao diagnóstico de câncer.
**Orientanda:** Enfª Franciele Budziareck das Neves
**Orientadora:** Profª. Drª. Enfª. Rosani Muniz

**Termo de Consentimento livre e esclarecido**

Venho, respeitosamente por meio deste, convidá-lo(a) a participar da pesquisa "Conflitos éticos: o papel do enfermeiro frente ao diagnóstico de câncer" relatando sua experiência e emitindo a sua opinião. O objetivo deste estudo é conhecer os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na comunicação em oncologia.

A coleta de dados será realizada pela enfermeira Franciele Budziareck das Neves, sob orientação da professora Rosani Muniz, em períodos e locais acordados com os participantes da pesquisa.

A coleta de dados será por meio de entrevista gravada com o seu consentimento, será garantido o direito de não ser identificado, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados da pesquisa quando for de seu interesse. Ademais, é imprescindível considerar que, durante a entrevista, as perguntas poderão não ser respondidas em sua totalidade, pois poderá haver desistência da participação, Além disso, é importante esclarecer que não haverá custo na participação da pesquisa.

As informações obtidas serão armazenadas juntamente com a de outros participantes. Os resultados obtidos serão colocados à sua disposição, uma vez que, a pesquisadora estará disponível para qualquer esclarecimento, e usados apenas para fins científicos.

**Riscos da pesquisa**

Salienta-se que o estudo não acarretará riscos físicos aos participantes, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos poderá desenvolver algum tipo de risco, como por exemplo, desconforto no momento da coleta de dados durante a entrevista em virtude de envolver questionamentos subjetivos. O potencial de risco durante as entrevistas poderá ser minimizado por meio de orientações a respeito do estudo, a interrupção da entrevista sempre que solicitado pelo participante e, caso haja necessidade, entrar-se-á em contato com a psicóloga da instituição.

**Benefícios da pesquisa**

Os benefícios do estudo aos participantes será a reflexão sobre a prática no que tange a comunicação de más notícias, bem como promover uma ação proativa frente os conflitos éticos.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa e dos benefícios da presente pesquisa. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- de que o estudo será publicado em âmbito acadêmico e que serão respeitados os preceitos éticos;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado.

Este TCLE será em duas vias, as quais serão assinadas pelo participante e pesquisadora, sendo que uma via ficará com o entrevistado.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa, emitindo meu parecer quando solicitado e permitindo o uso de gravador.

Pelotas,_____de_____de 2016.

_____ _____

Participante da pesquisa Franciele Budziareck das neves

Pesquisadoras: Franciele Budziareck das Neves, Celular: (53) 81462350, E-mail: fran.bnvs@gmail.com e Rosani Muniz, Celular: (53) 84623192, E-mail: romaniz@terra.com

# Apêndice B – Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa

**Universidade Federal de Pelotas**

**Faculdade de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**Pesquisa:** Conflitos éticos: o papel do enfermeiro frente ao diagnóstico de câncer.
**Orientanda:** Franciele Budziareck das Neves
**Orientadora:** Profª. Drª. Enfª. Rosani Muniz

Pelotas,_____de_____de 2016

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação para desenvolver a pesquisa "Conflitos éticos: o papel do enfermeiro frente ao diagnóstico de câncer". A pesquisa tem por objetivo conhecer os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na comunicação em oncologia.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, que diz respeito às proibições (Artigos 94, 96, 97 e 98), responsabilidades e deveres (Artigos 89, 90, 91, 92, 93).

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

_____ _____

Rosani Muniz
Celular: (53) 84623192
E-mail: romaniz@terra.com

Franciele Budziareck das Neves
Celular: (53) 81462350
E-mail: fran.bnvs@gmail.com

Data:__/_____/ _____

**Apêndice C - Instrumento para coleta de dados**

**Entrevista semi-estruturada**

**Universidade Federal de Pelotas**

**Faculdade de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Parte I

Identificação:

Idade:

Sexo:

Religião:

Tempo de formação:

Especialidades:

Parte II

**Questões**

1. O que você considera como dilema ou conflito ético na sua profissão?
2. Você já enfrentou alguma situação em que considerou haver um dilema ou conflito em relação ao paciente com câncer relacionado ao diagnóstico e tratamento?
3. Descreva essa situação
4. Como você se sentiu frente a isso?
5. Qual foi a sua atitude em relação ao acontecimento?

## Apêndice D - Ficha para o registro dos incidentes críticos.

**Universidade Federal de Pelotas**

**Faculdade de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Quadro 1 - Ficha para o registro dos incidentes críticos.

| Participante | Incidente | Positivo | Negativo |
|---|---|---|---|
| **E nº** | Situação | | |
| | Comportamento | | |
| | Consequência | | |

# Anexos

**Anexo A – Formulário de Solicitação para realizar pesquisa no Hospital Escola**

HOSPITAL ESCOLA

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS UNIDADES (UFPel)

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades para o desenvolvimento de pesquisa.

| | |
|---|---|
| Documento nº: | 00597/16 |
| Título do projeto: | CONFLITOS ÉTICOS: O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER. |
| Registro/ Comitê Ética: | NAO |
| Responsável na instituição: | ROSANI MUNIZ |
| Email do responsável: | ROMANIZ@TERRA.COM.BR |
| Link do currículo lattes do responsável: | HTTP://BUSCATEXTUAL.CNPQ.BR/BUSCATEXTUAL/VISUALIZACV.DO?ID=K4700398U9 |
| Pesquisador principal: | FRANCIELE BUDZIARECK DAS NEVES |
| Email do pesquisador principal: | fran.bnvs@gmail.com |
| Telefone: | 5381462350 |
| Link do lattes do pesquisador: | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=k4405572y3 |
| Concluída: | GRADUAÇÃO |
| Curso: | ENFERMAGEM |
| Em Andamento: | PÓS-GRADUAÇÃO - Qual: mestrado |
| Curso em Andamento: | ENFERMAGEM |
| Instituição Proponente: | UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS |
| Objetivo principal do trabalho: | - IDENTIFICAR A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM ONCOLOGIA. - ELENCAR OS CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS FRENTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DA CLIENTELA. - DESCREVER AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS EM ONCOLOGIA. |
| Objetivo Específicos do trabalho: | - IDENTIFICAR A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM ONCOLOGIA. - ELENCAR OS CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS FRENTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DA CLIENTELA. - DESCREVER AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS EM ONCOLOGIA. |
| Público Alvo: | ENFERMEIROS |

**CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER**

Nº do documento: 00597/16

Data / recebimento: 13/04/2016

Encaminhamento para (unidade/ serviço / setor):

Encaminho a Enfª Rommuri Pedrozo, enfermagem, para avaliação da viabilidade de realização da pesquisa.

Enfª Drª Samanta Madruga
Chefe da Gerência de Pesquisa e Inovação Tecnológica
HE-UFPel/EBSERH

Data / encaminhamento: 18/04/16

Assinatura e carimbo / Gerência de Ensino e Pesquisa: _____

Data / recebimento: 25/04/16

Jaqueline Bicca Siqueira
Enfermeira
COREN-RS 71347

Parecer / área:

(x) Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisado questões físicas, de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.

( ) Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.

Encaminho para parecer do departamento / serviço:

Solicito que sejam analisadas questões referente a

( ) Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo:

Data / encaminhamento: 25/04/16

Jaqueline Bicca Siqueira
Enfermeira
COREN-RS 71347

Assinatura e carimbo / Chefia / Área:

Data / recebimento: ___/___/___

Outro / parecer:

Área:

( ) Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

( ) Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo:

Data / encaminhamento: 25/04/16

Assinatura e carimbo / Chefia / Área:

Parecer Final / Direção (A **autorização** para realização desta pesquisa está **condicionada** a entrega da carta de aprovação do CEP e Apólice de Seguros naCoord. Ensino, Pesquisa e Extensão. )

(X) Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP

( ) Com restrições / Motivo:

( ) Não aprovado

Enfª Drª Camila Schwade
Gerente de Ensino e Pesquisa
HE-UFPel/EBSERH

Diretor: _____ Em: 25/04/16

## Anexo B – Termo de Compromisso de Devolução Científica

HOSPITAL ESCOLA

GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO DE DEVOLUÇÃO CIENTÍFICA

Este termo de compromisso destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades, para o desenvolvimento de pesquisa.

Entendendo a importância e a relevância dos resultados da pesquisa realizada no(a) Hospital Escola

intitulada Conflito ético: o papel do enfermeiro frente ao diagnóstico de câncer para benefício científico/assistencial do(a) mesmo(a) e a relevância referente à publicação oriunda de pesquisas aqui realizadas para manutenção da sua certificação como Hospital de Ensino comprometo-me em:

- Informar e disponibilizar o texto completo (em arquivo PDF) de qualquer publicação científica (artigos em periódicos nacionais e internacionais, livros e capítulos de livros, registros e obtenções de patentes, etc.) a Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Autorizar a divulgação no site do Ensino como fonte de consulta para os demais pesquisadores;

Também tenho o conhecimento de que a não devolução dos resultados obtidos por meio da referida pesquisa implicará na restrição de trabalhos futuros.

ROSANI MANFRIN MUNIZ
Nome completo do Orientador / SIAPE

Rosani Manfrin Muniz
Assinatura Orientador

Francielle Budziaczek dos Santos / 1510187-1047
Nome completo do Orientado (Autor) / Matrícula

Francielle B. dos Santos
Assinatura Orientado (Autor)

Pelotas, 13 de abril de 2016.

Caso o autor da pesquisa não possua Orientador, somente realizar o preenchimento dos campos referentes ao Orientado (Autor).

## Anexo C – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Plataforma Brasil

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Conflitos éticos: o papel do enfermeiro frente ao diagnóstico de câncer.

**Pesquisador:** franciele budziareck das neves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56405816.1.0000.5317

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.558.916

**Apresentação do Projeto:**

A crescente complexidade dos dilemas éticos contemporâneos na prática de enfermagem representa um desafio para os profissionais, haja vista que, existem vários dilemas éticos enfrentados pelos enfermeiros no cumprimento de seu trabalho, sugerindo um processo de tomada de decisão com base em conhecimentos, habilidades e experiências. Destarte, a ética e a moralidade possibilitam o suporte em valores, princípios e argumentos éticos capazes de oferecer o respaldo necessário no desenvolvimento da prática.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Conhecer os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na comunicação de más notícias em oncologia.

Objetivo Secundário:

- Identificar a vivência do enfermeiro na comunicação de más notícias em oncologia
- Elencar os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros frente o diagnóstico e tratamento do câncer da clientela.
- Descrever as ações do enfermeiro nos conflitos éticos vivenciados em oncologia

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.020-360
**UF:** RS **Município:** PELOTAS
**Telefone:** (53)3284-4060 **Fax:** (53)3221-3654 **E-mail:** cep.fameed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Continuação do Parecer: 1.558.916

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Salienta-se que o estudo não acarretará riscos físicos aos participantes, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos poderá desenvolver algum tipo de risco, como por exemplo, desconforto no momento da coleta de dados durante a entrevista em virtude de envolver questionamentos subjetivos. O potencial de risco durante as entrevistas poderá ser minimizado por meio de orientações a respeito do estudo, a interrupção da

entrevista sempre que solicitado pelo participante e, caso haja necessidade, entrar-se-á em contato com a psicóloga da instituição.

Benefícios:

Os benefícios do estudo aos participantes será a reflexão sobre a prática no que tange a comunicação de más notícias, bem como promover uma ação proativa frente os conflitos éticos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo e para a análise será utilizada a Técnica do Incidente Crítico, será desenvolvido em um hospital escola no sul do Rio

Grande do Sul, com 16 enfermeiros, nos serviços de quimioterapia e radioterapia, ginecologia e nas unidades clínicas da instituição, por meio de uma entrevista semiestruturada gravada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OK

**Recomendações:**

OK

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

OK

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_713261.pdf | 12/05/2016 19:15:31 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 12/05/2016 19:14:42 | franciele budziareck das | Aceito |

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.fameq@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Continuação do Parecer: 1.558.916

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 12/05/2016 19:14:42 | neves | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 08/05/2016 20:50:09 | franciele budziareck das neves | Aceito |
| Outros | Parecer.pdf | 08/05/2016 20:43:06 | franciele budziareck das neves | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 08/05/2016 20:39:52 | franciele budziareck das neves | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

PELOTAS, 24 de Maio de 2016

**Assinado por:**
**Patricia Abrantes Duval**
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4060 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.farmed@gmail.com

# Anexo D - Termo de autorização para inserir tese e dissertação na base de dados da UFPel e do IBICIT

Termo de Autorização para inserir Tese e Dissertação na Base de Dados da UFPel e do IBICT

**Universidade Federal de Pelotas – UFPel**
**Sistema de Bibliotecas – SISBI**
**Biblioteca Digital**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

**(  ) Tese  (  ) Dissertação**

**Programa de Pós- Graduação:** .....

**Nome do Autor:**.....

**CPF:**.....

**Curriculo Lattes: Sim (  ) Não (  )**

**E-mail:**.....

**Título:**.....

.....

**Orientador:**.....

**CPF:**.....

**Curriculo Lattes: Sim (  ) Não (  )**

**E-mail:** .....

**Co-orientador:**.....

**CPF:**.....

**Curriculo Lattes: Sim (  ) Não (  )**

**E-mail:** .....

**Co-orientador:**.....

**CPF:**.....

**Curriculo Lattes: Sim (  ) Não (  )**

**E-mail:** .....

**Agência de fomento: (  ) CNPq – (  ) Capes - (  ) Faperga - ( ) Outra:**.....

**Data de defesa:** ...../...../.....

Autorizo a Universidade Federal de Pelotas, através de sua **Biblioteca Digital**, a disponibilizar gratuitamente em suas Bases de Dados e da Base de Dados do IBICT , sem resarcimento dos direitos autorais, o texto integral (ou parte) da Dissertação ou Tese de minha autoria em formato PDF[1], para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPel, a partir desta data. Caso parte do trabalho seja de conteúdo restrito, favor comunicar quais partes não terão acesso público. Se em parte, informar quais podem ser disponibilizadas: .....
(o arquivo em pdf deve conter apenas as partes a serem disponibilizadas).

_____ Assinatura do Autor

_____ Assinatura do Coordenador

Data: ...../...../.....

**Encaminhar este formulário juntamente com uma cópia digital em pdf para a biblioteca que atende o Programa de Pós-Graduação.**

[1] Texto (PDF); Imagem (JPG ou GIF); Som (Wave, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, AVI, Q T, MOV); Outros