

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Bárbara Pereira Gandur

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PARA
GESTANTES DE RISCO: um estudo bibliográfico**

TAUBATÉ-SP

2020

Bárbara Pereira Gandur

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PARA
GESTANTES DE RISCO: um estudo bibliográfico**

Monografia apresentada como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Psicologia do Departamento de
Psicologia da Universidade de Taubaté.
Orientador: Profa. Dra. Ana Cristina
Araújo do Nascimento

TAUBATÉ-SP

2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

G196c Gandur, Bárbara Pereira
Comunicação de más notícias para gestantes de risco: um
estudo bibliográfico / Bárbara Pereira Gandur. -- 2020.
58 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento,
Departamento de Psicologia.

1. Gestação de risco. 2. Psicologia da saúde. 3. Profissional da
saúde. I. Universidade de Taubaté. Departamento de Psicologia.
Curso de Psicologia. II. Título.

CDD – 150

Bárbara Pereira Gandur

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PARA GESTANTES DE RISCO: um
estudo bibliográfico**

Monografia apresentada como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Psicologia do Departamento de
Psicologia da Universidade de Taubaté.

Data: 27 de Outubro de 2020

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Adriana Leonidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Dedico este trabalho ao meu filho Leandro por ter permitido que eu vivesse a maternidade de forma tão delicada e amorosa, por ter me transformado em uma mulher muito mais forte, além de que com seus poucos dois anos ter “compreendido” os momentos que a mamãe precisava se dedicar a escrita deste trabalho. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Ana Cristina que me auxiliou no desenvolvimento deste trabalho e sempre me apoiou e incentivou para que eu desse o melhor.

À minha família em que sempre me apoiou e esteve ao meu lado durante a caminhada árdua na graduação, principalmente à minha mãe Maria Tereza e ao meu esposo Guilherme que me ajudaram com os cuidados do meu filho Leandro, sem eles eu não teria tempo para me dedicar à escrita deste.

Às minhas amigas que me apoiaram e escutaram nos momentos mais difíceis da graduação.

RESUMO

O estudo propôs compreender como os profissionais da saúde tendem realizar a comunicação de más notícias e quais suas repercussões às gestantes. O trabalho é um estudo exploratório, bibliográfico e de revisão integrativa. O objetivo do estudo foi conhecer as repercussões para a gestante frente à comunicação de problemas gestacionais pelos profissionais da saúde. Foram selecionados 15 estudos, dentre 13 artigos e duas dissertações, em plataformas online como BVS, Scielo e Catálogo de teses e dissertações CAPES. Os resultados gerais obtidos foram: o protocolo mais utilizado pelos profissionais da saúde é o Spikes; as gestantes se apegam as práticas religiosas como modo de enfrentamento, além de que elas vivenciam o luto da gestação idealizada; observa-se que há altos níveis de depressão e ansiedade entre as gestantes que recebem uma má notícia; as metodologias de ensino na realização da comunicação de más notícias mais utilizadas são a dramatização, role-playing, workshops, aulas expositivas, vídeos didáticos; na relação profissional da saúde-paciente os profissionais relataram realizar o acolhimento das gestantes durante a comunicação; normalmente os profissionais da saúde sentem-se desconfortáveis em realizar a comunicação de más notícias, pois possuem dificuldades em lidar com as emoções dos pacientes; por fim, os profissionais se mostram pouco preparados e com dificuldades em realizar a comunicação de más notícias. Os dados obtidos foram importantes para a prática da Psicologia, pois propõe atuação efetiva na comunicação de más notícias às gestantes, facilitando a comunicação e reduzindo os estressores da comunicação para as gestantes. Não apenas à Psicologia, o respectivo estudo auxilia outros profissionais da saúde como da Medicina, Enfermagem e Fisioterapia na realização da comunicação de más notícias de uma forma mais efetiva. Além, observa-se a necessidade de incluir na grade curricular dos profissionais da saúde a aprendizagem da comunicação de más notícias, visto que os profissionais sentem-se desconfortáveis com a realização.

Palavras-chave: Gestação de risco. Psicologia da saúde. Profissional da saúde.

ABSTRACT

The study proposed to understand how health professionals tend to communicate bad news and what its repercussions are for pregnant women. The work is an exploratory, bibliographic and integrative review study. The objective of the study was to know the repercussions for pregnant women regarding the communication of gestational problems by health professionals. Fifteen studies were selected, among 13 articles and two dissertations, on online platforms such as BVS, Scielo and CAPES thesis and dissertations Catalog. The general results obtained were: the protocol most used by health professionals is Spikes; pregnant women cling to religious practices as a way of coping, in addition to the fact that they experience the mourning of an idealized pregnancy; it is observed that there are high levels of depression and anxiety among pregnant women who receive bad news; the teaching methodologies used to communicate bad news are dramatization, role-playing, workshops, expository classes, didactic videos; in the professional health-patient relationship, the professionals reported welcoming the pregnant women during communication; health professionals usually feel uncomfortable communicating bad news, as they have difficulties in dealing with patients' emotions; finally, professionals are poorly prepared and have difficulties communicating bad news. The data obtained were important for the practice of Psychology, as it proposes effective action in communicating bad news to pregnant women, facilitating communication and reducing communication stressors for pregnant women. Not only to Psychology, the respective study helps other health professionals such as Medicine, Nursing and Physiotherapy to carry out the communication of bad news in a more effective way. In addition, there is a need to include in the curriculum of health professionals the learning of communicating bad news, as professionals feel uncomfortable with the performance.

Keywords: Pregnant women. Health psychology. Health professional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de fontes bibliográficas selecionadas	22
Quadro 2 - Número e identificação dos artigos e dissertações em relação à pesquisa de campo e bibliográfica.....	24
Quadro 3 - Informações sobre autor, título e objetivos dos estudos.....	24
Quadro 4 - Número de artigos e dissertações frente ao aspecto natureza da pesquisa.....	26
Quadro 5 – Participantes, idades e local de aplicação das pesquisas de campo.....	27
Quadro 6 - Informações sobre resultados e discussão.....	28
Quadro 7 - Relação dos estudos que apresentam os protocolos de comunicação utilizados pelos profissionais da saúde.....	31
Quadro 8 - Relação dos estudos que apresentam o modo de enfrentamento e reações das gestantes.....	33
Quadro 9 - Relações dos estudos que apresentam a relação dos indicadores de depressão e ansiedade das gestantes quando recebem uma má notícia.....	34
Quadro 10 - Relação dos estudos que apresentam metodologias e formas de ensino dos profissionais da saúde em comunicação de más notícias.....	35
Quadro 11 - Relação dos estudos que apresentam a importância da relação profissional da saúde-paciente.....	37
Quadro 12 - Relação dos estudos que apresentam o modo de enfrentamento dos profissionais da saúde.....	38
Quadro 13 - Relação dos estudos que apresentam a preparação dos profissionais da saúde frente à comunicação de más notícias.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e porcentagem de artigos e dissertações por ano	22
Tabela 2 - Número e porcentagem de periódicos em relação à cidade/estado.....	23
Tabela 3 - Número e porcentagem de artigos e dissertações por tema.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem de artigos e dissertações por tema.....	41
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
1.1	PROBLEMA	04
1.2	OBJETIVOS	04
1.2.1	Objetivo Geral	04
1.2.2	Objetivos Específicos	04
1.3	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	04
1.4	RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	05
1.5	ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	06
2	REVISÃO DE LITERATURA	07
2.1	A GRAVIDEZ PARA A MULHER.....	07
2.2	SITUAÇÕES DE RISCO PARA AS GESTANTES	08
2.3	SENTIMENTOS DAS MULHERES E GESTANTES HOSPITALIZADAS	12
2.4	COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	14
3	MÉTODO	20
3.1	TIPO DE PESQUISA	20
3.2	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	20
3.3	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS REFERENTES AOS ASPECTOS FORMAIS DOS ESTUDOS	22
4.2	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS RELATIVOS AOS ASPECTOS DO CONTEÚDO DOS ESTUDOS	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Técnico: Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde do Brasil (2010), a gravidez é um momento para a mulher e toda a sua família de grandes mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, no entanto, em alguns casos podem ocorrer problemas gestacionais, assim, mostra-se a importância do estudo em relação à forma como esse diagnóstico ruim será dado a essa gestante. A gravidez de risco é aquela que há uma possibilidade ou já estão instauradas condições inadequadas para o desenvolvimento normal da gestação, no qual pode oferecer riscos para mãe ou bebê, esse tipo de gravidez pode levar a morte do bebê ou da mãe. Diversos fatores podem influenciar no desencadeamento de uma gestação de risco como a idade materna, doenças cardíacas, diabetes, infecções, entre outros fatores.

Quando o profissional da saúde comunica uma má notícia desencadeiam na paciente diversas reações tanto emocionais como físicas. As reações emocionais podem observar-se o choro, a raiva, a tristeza, já as físicas, em alguns casos, a paciente pode chegar a desmaiar, faltar o ar, entre outras reações. No caso das gestantes, o recebimento de uma má notícia, sendo ela malformação fetal, morte fetal ou alguma comorbidade materna, pode desencadear não apenas as reações citadas acima, mas também reações relacionadas ao apego materno e ao rompimento com a gestação idealizada. Assim, a gestante acaba passando por processo de luto da gestação idealizada, vivenciando a raiva e negação do diagnóstico ruim, depois passa pelo processo de adaptação com a nova gestação, para por fim, aceitar essa nova gestação (VASCONCELOS; PETEAN, 2009). Devido a esses fatores é importante que o profissional da saúde que realize a comunicação de más notícias às gestantes considere todos esses fatores que são desencadeados com a comunicação, dessa forma realizando uma comunicação empática e com uma escuta acolhedora.

Assim, com todos esses fatores influenciadores na comunicação de más notícias para as gestantes motivo-me a compreender melhor os processos que são desencadeados nas gestantes quando há uma comunicação de má notícia. E visto que os profissionais da saúde, normalmente, não possuem na grade curricular da graduação matérias que esteja relacionado com a comunicação empática de más notícias, o respectivo trabalho propõe apresentar protocolos e técnicas de ensino utilizadas atualmente para realização de comunicação de más notícias, no caso, para as gestantes. Possibilitando, assim, amenizar as consequências de uma comunicação de más notícias realizada de maneira inadequada e não humanizada, dando um olhar mais empático e acolhedor para os profissionais da saúde que em alguns casos são

rígidos e não expressam seus sentimentos e muito menos compreendem o psicológico da gestante.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Considerando que a gravidez é um momento mobilizador para a mulher, envolvendo mudanças físicas, hormonais e emocionais, pergunta-se: na constatação, pelos profissionais da saúde, de problemas gestacionais quais são as repercussões para as gestantes da comunicação deste diagnóstico ruim?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Conhecer as repercussões para a gestante frente à comunicação de problemas gestacionais pelos profissionais da saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde referentes à comunicação de problemas gestacionais;
- Caracterizar o modo de enfrentamento e as reações das gestantes frente à comunicação de má notícia;
- Descrever a repercussão dessa comunicação para a gestante;
- Identificar as metodologias utilizadas para o ensino da comunicação de más notícias;
- Identificar a relação profissional da saúde-paciente;
- Identificar o modo de enfrentamentos dos profissionais da saúde em relação à comunicação de más notícias às gestantes;
- Coletar informações sobre a preparação dos profissionais da saúde em relação ao tema comunicação de más notícias;

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O respectivo trabalho refere-se a um estudo bibliográfico e de revisão integrativa. As fontes bibliográficas foram selecionadas a partir das seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde Brasil), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Catálogos de Teses e Dissertações CAPES.

A BVS Brasil tem por objetivo centralizar as temáticas brasileiras da BVS e integrar suas fontes de informação em saúde, permitindo visibilidade e fortalecimento dos temas e fontes por meio do Portal da BVS Brasil. As fontes de informação da BVS Brasil são vindas das BVS Temáticas Nacionais, seguindo os controles de qualidade e metodologias.

A SciELO é uma biblioteca eletrônica que contempla um conjunto selecionado de periódicos científicos brasileiros. A biblioteca faz parte de um projeto desenvolvido pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, junto com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Desde 2002, o projeto também recebe apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Assim, o projeto busca o desenvolvimento de um método comum para a preparação, armazenamento, divulgação e avaliação da literatura científica em formato eletrônico.

A CAPES reforça características que têm contribuído na institucionalização da pós-graduação e para seu reconhecimento público, assim possibilita o envolvimento de docentes e pesquisadores, permitindo um funcionamento rápido e eficiente; apoia diversos programas, junto com o desenvolvimento da pós-graduação brasileira e com as novas demandas que esse desenvolvimento requer; mantém o apoio as ações inovadoras, buscando o contínuo aperfeiçoamento da formação acadêmica.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Visto que não há muitos estudos sobre a comunicação de más notícias para gestantes, o presente estudo apresenta relevância frente à comunicação de riscos às gestantes pelos profissionais da saúde, assim este possibilita auxiliar na maneira de comunicação deste diagnóstico ruim. O estudo também pode auxiliar na apresentação de protocolos que são utilizados pelos profissionais da saúde durante o processo de comunicação de más notícias, como o protocolo Spikes, nos quais possibilitam o auxílio desta comunicação de maneira empática e com redução nas consequências às gestantes. Além, o trabalho apresenta a necessidade de desenvolver um plano de ensino e inclusão nas grades curriculares na formação dos profissionais da saúde, visto que muitos dos profissionais relatam não terem tido esse ensino durante a graduação.

Dessa forma, o presente trabalho, além de apresentar aspectos importantes na forma de comunicar más notícias, este mostra a necessidade dos profissionais da saúde apresentarem um olhar empático e acolhedor às gestantes que venham a desenvolver qualquer problema

gestacional. Isso, pois, o diagnóstico ruim interfere nos vínculos já estruturados com o bebê, desencadeando sintomas de ansiedade, incertezas frente ao futuro e destruição de um bebê/gestação idealizada.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo é organizado em cinco seções, sendo eles introdução, revisão de literatura, método, resultados e discussões e conclusão. A primeira sessão, a introdução apresenta uma breve iniciação dos conteúdos que serão abordados durante o trabalho e apresenta as subseções: problema, no qual mostra a questão central do estudo; o objetivo, que é subdividido em objetivo geral, no qual apresenta o que o estudo responderá de maneira geral, e objetivos específicos, nos quais detalham os tópicos que serão respondidos ao longo do estudo; a delimitação do estudo, na qual apresentam os locais que foram retiradas as fontes bibliográficas; a relevância do estudo para a psicologia e demais áreas da saúde; e organização do estudo, no qual apresenta a forma como o estudo foi estruturado.

A segunda seção é a revisão bibliográfica, que apresenta o embasamento teórico do estudo, ou seja, mostra o que está sendo discutido na literatura sobre a comunicação de más notícias para gestantes de risco. Assim, a revisão aborda o que é a gravidez para a mulher, as situações de risco para as gestantes, os sentimentos das mulheres e gestantes que estão hospitalizadas e, por fim, sobre as formas de comunicação e consequências da comunicação de más notícias pelos profissionais da saúde para as gestantes de risco.

A terceira seção é o método, no qual apresenta a forma que a pesquisa foi realizada, ou seja, apresenta o tipo de pesquisa, no caso revisão bibliográfica integrativa, os procedimentos de coleta de dados, que no caso foi uma busca em plataformas online de palavras chaves, e o procedimento da análise de dados, nos quais os dados compõe a quarta seção.

A quarta seção são os resultados e discussão, no qual foi elaborado a partir da análise dos artigos e dissertações selecionadas nas bases de dados online. Essa foi subdividida em duas subseções, que através de tabelas e quadros, um apresenta os resultados referentes aos aspectos formais do estudo, e outro apresenta os resultados relativos aos aspectos do conteúdo dos estudos. Por fim, a quinta seção são as considerações finais, este sintetiza os resultados obtidos e concluídos no estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A GRAVIDEZ PARA A MULHER

De acordo com a Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde do Brasil (2010), a gestação pode ser dividida em três trimestres: o primeiro trimestre (0 a 13 semanas) é um período de muita oscilação entre o prazer e o desconforto, ao final do terceiro mês já se pode ouvir o coração durante as consultas de pré-natal; o segundo trimestre (14 a 26 semanas) é um período característico de aumento da emotividade e início da movimentação do bebê dentro da barriga da mãe; por fim, o terceiro trimestre (27 a 40/41 semanas) é um período que a gestante sente o aumento do peso do bebê, podendo causar certo desconforto, além de que o corpo da gestante começa a se preparar para o momento do parto.

Neste momento, a mulher tende a se voltar para as questões relacionadas ao papel de maternidade, no entanto é importante que a mulher amplie seu olhar para outros aspectos de sua vida, assim adaptando se ao novo papel de mãe (GRAÇA, 2018). Durante a gestação a mulher irá se reorganizar e vivenciar experiências anteriores, deixando seu papel de ser apenas filha e passando ao papel de mãe também, além de reajustar sua relação com o parceiro, ou seja, o casal passa de esposa e marido, para um papel de parentalidade, além da alteração de sua posição socioeconômica (PICCININI et al. 2008).

De acordo com Melo e Lima (2000), ocorre uma mudança central durante a gestação que é a alteração na percepção de si própria. Esse aspecto interfere no desejo sexual tanto da mulher como do companheiro, podendo ter influências de aspectos culturais como a cisão entre maternidade e sexualidade, além de uma questão de ambivalência, no qual a mulher e o homem passam a ter medo de machucar o bebê. No aspecto sexualidade, de acordo com Araujo et al. (2012), o desejo sexual tende a diminuir durante o primeiro trimestre, mas em gestações sem complicações, no terceiro trimestre tende a aumentar o desejo, no entanto na relação corpo e sexualidade, vale enfatizar a influência de fatores como: a maneira na qual a mulher se apresenta no mundo, sua cultura e suas experiências.

Outros fatores que influenciam durante a gestação são os medos e angústias frente às mudanças corporais que as mulheres passam, como medo de não voltar no corpo que tinham antes, esses fatores podem ser visto como algo simbólico, no qual a mulher apresenta não apenas o medo da mudança física, mas também o medo de não recuperar sua identidade

antiga. Além dos aspectos citados acima, a mulher quando mais próxima da chegada do bebê pode elevar seu nível de ansiedade (MELO; LIMA, 2000).

As expectativas também são importantes aspectos durante a gestação sendo elas base das futuras relações, elas são criadas pela gestante e sua família frente ao bebê que irá chegar, assim intensificando o vínculo mãe-bebê após o nascimento. As expectativas surgem no mundo interno da mãe, sendo crescentes durante o segundo trimestre, isso, pois, o bebê começa a se movimentar, mostrando a sua real existência, já após o 7º mês essas começam a reduzir, começando a dar lugar ao bebê real. Esse aspecto apresenta repercussões positivas e negativas durante a gestação, as positivas estão relacionadas com a demanda que o bebê apresenta em ser desejado, assim auxiliando em sua estruturação psíquica, já as negativas estão relacionadas à falta de uma identidade do bebê, pois a mãe pode apresentar dificuldades em aceitar a singularidade e individualidade do bebê (PICCININI et al. 2012).

Segundo Klein e Guedes (2008):

A gestação, portanto, compreende uma lenta evolução em nível de transformações. Em contrapartida, o parto é um processo abrupto, caracterizado por mudanças rápidas (CHIATTONE, 2006). A mulher o teme como algo desconhecido, doloroso e também como momento inaugural de concretude da relação mãe-filho; teme também o papel de mãe por este ser mitificado e conter a exigência de a mãe ser um modelo de perfeição. Com todas essas exigências, a gestante chega ao parto, muitas vezes, sem refletir sobre seus desejos, suas possibilidades e suas limitações (p. 864).

Visando esses aspectos citados anteriormente, mostra-se a importância dos acompanhamentos psicológicos durante o pré-natal e pós-nascimento, assim possibilitando uma conscientização e empoderamento das gestantes frente a tomadas de decisões durante a gestação (KLEIN; GUEDES, 2008). Além, o pré-natal psicológico irá auxiliar na redução de estresse, ansiedades e tensões, assim possibilitando uma redução na taxa de mortalidade infantil (PICCININI et al. 2012).

2.2 SITUAÇÕES DE RISCO PARA GESTANTES

Normalmente a gravidez é um período de intensas variações não somente à mulher, mas a todos que aos circundam, isso, pois é uma fase crítica e intensa. Como citado na seção 2.1, a gestação pode ser dividida em três fases, assim voltando o olhar para fatores psicológicos: a primeira fase é a de aceitação da gravidez, sendo esta a fase de integração e delimita o primeiro trimestre da gestação; a segunda fase é a de diferenciação, na qual a

gestante começa a vivenciar a autonomia do feto, sendo caracterizado pelo segundo trimestre; por fim, a terceira fase é a de separação, que a gestante percebe que a gestação está próxima ao fim, sendo caracterizada pelo terceiro trimestre (GRAÇA, 2018).

No Brasil, há aproximadamente 3 milhões de nascimentos por ano, sendo 200.000 prematuros e 18.000 com alguma anomalia congênita (GUERRA; MIRLESSE; BAIÃO, 2011). No entanto, de 15 a 20% dos casos de gravidez diagnosticada acabam em uma interrupção espontânea, no qual normalmente ocorre no primeiro trimestre de gestação (GRAÇA, 2018). De acordo com Graça (2018):

Segundo a Associação de Planejamento Familiar (APF), “o aborto espontâneo consiste na interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência acidental ou natural” e pode dever-se a fatores genéticos ou ambientais. Pode, ainda de acordo com a APF, ser considerado como uma perda precoce, no caso de surgir nas primeiras 12 semanas de gestação, ou tardia, caso ocorra depois desse período (p. 02).

Em alguns casos, que não acontecem o aborto espontâneo, o feto pode apresentar malformação. No caso da malformação gestacional, seu diagnóstico acarreta na destruição de expectativas e sonhos, sendo necessária uma ressignificação da gestação por parte da mulher e de seus familiares. A facilidade na aceitação por parte dos envolvidos está relacionada com o tipo de malformação, sendo um processo gradual dos pais e familiares, isso, pois se cria diversas dúvidas em relação aos cuidados e à satisfação com o filho (VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

Tanto a perda como a malformação gestacional é necessário um olhar especial do profissional da saúde para a relação mãe-bebê, ou seja, no apego materno-fetal dessa relação, no tanto que a mãe investiu na gestação (VASCONCELOS; PETEAN, 2009). Quando a mulher se depara com a perda gestacional, ela acaba passando por diversos lutos, como a da perda do bebê, a da perda da identidade materna, a da perda do futuro idealizado (GRAÇA, 2018), já no caso da malformação a mulher se depara também com o luto do filho perfeito e idealizado deve ser vivido (VASCONCELOS; PETEAN, 2009).

Todo esse processo de perda e malformação gestacional acarreta sentimentos de angústia, ansiedade, depressão e sofrimento, sendo necessária a elaboração de um luto, mesmo quando não há morte do bebê. As maneiras de enfrentamentos de cada indivíduo estão relacionadas com os fatores vivenciados, personalidade da mãe, apoio social, relacionamento

conjugal e entre outros, além das condições internas como o medo, crenças pessoais, suporte e recursos materiais (BORGES; PETEAN, 2018).

Este processo de superação do diagnóstico não está relacionado apenas com a mulher, mas também ao gerenciamento do casal, de acordo com a autora Nascimento (2006) há estágios específicos neste processo sendo eles:

1º estágio: Choque, no qual há uma ebulição de sentimentos e comportamentos irracionais;

2º estágio: Negação, no qual ocorre uma tentativa de se livrar do diagnóstico, negando-o;

3º estágio: Tristeza, raiva e ansiedade, assim as mães passam a evitar a criação do vínculo mãe-bebê, devido às dúvidas de que se o bebê irá sobreviver;

4º estágio: Equilíbrio, as reações anteriores começam a reduzir, isso ocorre quando os pais passam a se sentir mais confiante diante ao cuidado do bebê;

5º estágio: Reorganização, os pais iniciam o vínculo com o bebê, apresentando um olhar não apenas a patologia no bebê, mas também a aspectos saudáveis.

Vale ressaltar também que a maneira de como se informa à família sobre o diagnóstico interfere na maneira como esses irão reagir, de acordo com Nascimento (2006), há três fatores que influenciam na reação familiar sendo eles: a condição da doença, o contexto que a informação foi apresentada, participação dos familiares e como foi realizada a informação pelo profissional da saúde. Dessa forma, a autora levantou que a maneira mais eficaz de realizar a comunicação e informação é através do planejamento do melhor momento, além de ser importante a observação por parte do profissional na necessidade que a família apresenta em relação ao suporte emocional.

De acordo com Gazzola, Leite e Gonçalves (2020) nos casos gestacionais de malformações congênitas a maneira como o médico realiza o diagnóstico pode vim a interferir na tomada de decisão dos pais, isso, pois, a forma como da comunicação pode influenciar os pais na decisão de manter ou interromper a gestação. Ou seja, quando o médico pontua de maneira efetiva a letalidade do caso, esse influencia de forma perigosa como os pais irão julgar a decisão mais adequada ao olhar deles. Dessa forma, os autores apresentam que: “Termos como “doença letal” e “incompatível com a vida” têm sido proscritos do aconselhamento médico por terem o potencial de sugestionar à gestante, nela incutindo a ideia de que se a morte é certa, não resta escolha (p.40)”.

É importante considerar que não é apenas o diagnóstico de malformação fetal ou risco de perda gestacional que coloca uma gestação como de risco, mas também fatores de risco da mãe são características que influenciam em uma gestação de risco. No geral, os fatores de risco para uma gestação estão relacionados com características individuais, sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, evolução da gestação e condições clínicas (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

De acordo com o Manual Técnico: Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde do Brasil (2010) pode ser considerada como gestação de risco quando a gestante apresenta alguma comorbidade como: Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHEG), Síndromes Hemorrágicas, desvios no crescimento fetal, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), tireoidopatias, cardiopatias, transtornos psiquiátricos e uso do álcool e drogas, além de outras comorbidade. Considerando a DMG, de acordo com Guerra et al. (2019):

Sabe-se que o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma intercorrência da gestação caracterizada pela alteração na tolerância à glicose com início observado na gravidez, com magnitude variável ou detecção ao longo da gestação. Explica-se que os fatores de risco apresentados pela literatura científica como predisponentes para a ocorrência desta enfermidade são: idade igual ou superior a 35 anos; sobrepeso ou obesidade progressos; deposição central de gordura corporal pré-gestacional; ganho excessivo na gestação atual; hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação atual; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; antecedentes obstétricos de macrossomia, morte fetal ou neonatal; malformações; síndrome do ovário policístico e estatura materna inferior a 1,5 metro (p. 450).

Quando há o diagnóstico de DMG a gestante é encaminhada ao acompanhamento com nutricionista para balancear o metabolismo e a ingestão de carboidratos através de uma dieta individualizada. Em caso mais graves, é indicado o acompanhamento médico para o tratamento de insulino terapia. Como risco decorrente da DMG, a gestante pode apresentar a necessidade de uma cesariana, além do desenvolvimento da pré-eclâmpsia e posterior ao parto o desenvolvimento da Diabetes Mellitus. No entanto, essa comorbidade pode desencadear também problemas no feto como a prematuridade, a macrossomia (o bebê crescer em excesso), hipoglicemia e até mesmo a morte fetal (GUERRA et al., 2019). De acordo com Guerra et al. (2019) esse problema gestacional pode desencadear também na gestante uma estabilidade emocional e insegurança, principalmente quando o diagnóstico é tardio, pois o autocuidado e as mudanças no estilo de vida ficam mais difíceis de ocorrerem.

Já a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) está entre a maior causa de mortalidade materna, sendo 10% das gestações no mundo apresentam algum tipo de SHEG, como a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão crônica ou a gestacional. A pré-eclâmpsia ocorre quando há hipertensão e proteinúria após 20ª semana, a eclâmpsia quando há convulsões tônico-clônicas, a hipertensão crônica ocorre quando a comorbidade acomete a gestante previamente e já a hipertensão gestacional ocorre após as 20ª semanas e não é observado proteinúria. A pré-eclâmpsia é o tipo de SHEG com maior índice de mortalidade materna e do feto, sendo 7,5%. Normalmente, associado à síndrome pode ocorrer complicações maternas e com o feto, como prematuridade, anomalias fetais, baixo crescimento intra-uterino, morte fetal, entre outros (MARIANO et al., 2018).

Quando no primeiro trimestre é diagnosticado à família que a gestação é de risco, a gestante pode vir a desenvolver depressão ou elevação dos níveis de ansiedade, normalmente se observa um aumento estatisticamente, no entanto não se torna um determinante posterior. Isso, pois, pode-se observar uma resignificação do diagnóstico por parte da gestante, dessa forma a mulher vivencia o luto de uma gestação idealizada, passando a se adaptar e aceitar a real gestação. No entanto, quando o diagnóstico é realizado a partir do segundo trimestre pode-se observar um elevado nível de depressão em relação aos níveis de ansiedade, visto que por estar mais próxima do parto, a mulher não tem esperança na mudança do diagnóstico, além de não haver tempo de elaboração do luto, como é visto nas mulheres que receberam o diagnóstico no primeiro trimestre, como citado anteriormente (CUNHA et al., 2016).

2.3 SENTIMENTOS DAS MULHERES E GESTANTES HOSPITALIZADAS

A percepção da maternidade para a mulher inicia-se muito antes da gestação, desde a infância como as brincadeiras com bonecas até o desejo de ser mãe, além das influências culturais e transgeracionais, nas quais se espera de uma mulher a vontade de ser mãe. Assim, como já discutido anteriormente, a mulher gestante passa por diversas mudanças intrapsíquicas e relacionais, alterando sua visão em relação ao mundo (PICCININI et al. 2008). Vale ressaltar que essas vivências e significações/resignificações não sofrem apenas de ordem individual, mas também dos espaços coletivos (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

De acordo com Fiorotti et al. (2019):

Entende-se que, em decorrência das transformações sofridas, a mulher pode apresentar medos, dúvidas e angústias quanto à sua capacidade de cuidar do bebê, ao

querer ou não estar grávida. Proporcionam-se, pelas transformações que ocorrem com a mulher no período gravídico-puerperal, condições para o desenvolvimento da ansiedade pós-parto e de outras patologias de ordem psíquica nas mães, e, além disso, a depressão materna e a ansiedade podem ter implicações no cuidado infantil (p. 1301).

Focando à gestante com gravidez de risco, quando o diagnóstico de risco é informado a ela, sua ansiedade, que já é esperado para as gestantes, é aumentada, além do sofrimento em relação às expectativas da saúde do filho. No entanto, em alguns momentos ocorre uma banalização pelos profissionais desses sofrimentos dessa gestante (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Há evidências que mulheres que já sofrem com a ansiedade anteriormente à gestação apresentam dificuldades em responder de maneira adequada aos seus bebês, sendo prejudicial ao desenvolvimento infantil, esse índice pode se elevar em mulheres que apresentam fatores como: menor escolaridade, não possuem trabalho remunerado, renda familiar mais baixa, quando não planejaram ou desejaram a gravidez e quando sofreram violência física na gestação (FIOROTTI et al. 2019).

Para amplificar todos os sentimentos que a gestante sente frente à gravidez de risco, durante a hospitalização, a paciente deixa de ser chamada pelo nome e passa a ser identificada pelo número do leito, muitas vezes são assistidas de forma mecânica, além de que seus sentimentos são ignorados. Todos esses fatores auxiliam no aumento do nível de ansiedade frente ao que espera a paciente. No entanto, esta ansiedade pode vim camuflada com outros sentimentos como irritação, agressividade, raiva, frustração, entre outros (GOMES; FRAGA, 1997).

Visto que a hospitalização desencadeia alguns sentimentos, durante a gestação eles se intensificam isso, pois, durante a gestação as mulheres não apenas apresentam alterações estéticas e fisiológicas, mas também alterações psicológicas devido ao novo papel social, o de ser mãe. Essas gestações que evoluem de maneira desfavorável, assim havendo necessidade de hospitalização, certas modificações ocorrem em âmbito familiar e do trabalho, além dos sentimentos de medo, ansiedade e solidão que surgem (SILVA et al., 2013).

A hospitalização também desencadeia uma conscientização da patologia ou do agravo, sendo um fator estressante para a gestante, causando também uma perda da autonomia tanto do seu corpo como da gravidez (SILVA et al., 2013). No entanto, a hospitalização também está relacionada à visão do hospital como lugar de suporte, no qual possibilita suporte tecnológico a gestante (SOUZA, 2010). Estes dois olhares para a hospitalização geram um

sentimento de ambivalência à gestante que pode vir agravar todos os sentimentos já sentidos por elas, além do impacto na construção da identidade materna (SOUZA, 2010).

2.4 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O modelo biomédico surgiu com a visão mágico-religiosa na antiguidade, no qual voltava o olhar a saúde para um quesito religioso-mitológico. Como colocado por Barros (2002) o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva. Dependendo do local e da cultura, determinada crença era posta em prática, assim buscando a cura através de sacerdotes, feiticeiros ou xamãs que domavam essas formas sobrenaturais. Atualmente, ainda se vê em alguns locais ou culturas estes tipos de tratativas às doenças.

Com o tempo, o enfoque passou das forças sobrenaturais para a doença, desencadeando um pensamento médico e passível de compreensão científica e natural do ser humano. Hipócrates, no período de 460 -377 a.C., foi considerado o pai da medicina, este propôs a teoria dos humores, na qual apresentava a saúde como fruto de um equilíbrio dos humores, sendo a doença seu oposto. Este olhar ainda é considerado em alguns momentos na cultura Oriental (BARROS, 2002).

Tomando como base Hipócrates, Galeno (122-199 d.C.) propôs avanços significativos no diagnóstico terapêutico, que foram utilizados por todo o período da Idade Média, no qual o diagnóstico devia ser considerado o exame do doente, o conhecimento do seu estado quando sadio, regime de vida, entre outros aspectos (BARROS, 2002). Paracelso (1493 – 1541) propôs um modelo de transição do modelo galênico para o modelo biomédico, este para definir a doença utilizava-se a identificação de influências cósmica e telúrica, além da predisposição do organismo para determinada doença e das motivações psíquicas (BARROS, 2002).

O modelo biomédico, utilizado atualmente, tem suas raízes no Renascimento, além das necessidades da época em possibilitar grandes viagens em busca do intercâmbio comercial. Neste momento, o alvo da medicina passou da doença para uma descrição clínica da patologia, voltado para o rigor do raciocínio mecanicista e na correlação causa e efeito (BARROS, 2002). Ou seja, esse modelo apresenta um olhar unicausal da doença, mecanicista, buscando assim, apenas a compreensão da relação imediata da causa-efeito (CUTOLO, 2006).

No entanto, este modelo apresenta algumas limitações, isso, pois impossibilita oferecer respostas para muitos problemas que estão relacionados aos componentes psicológicos que acompanham em diferentes graus qualquer doença (BARROS, 2002). Este

olhar direto para a doença se torna reducionista, não se preocupando com o contexto social e emocional do paciente (CUTOLO, 2006). De acordo com Barros (2002):

[...] o modelo biomédico estimula os médicos a aderir a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. [...] A intensificação da divisão do indivíduo em pedaços contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo (p. 79).

Dessa maneira, mesmo que alguns profissionais queiram considerar seu paciente como um todo (biopsicosocial) acabam no reducionismo, pois foi este modelo em que baseou-se sua formação, ou seja, intensificação da patologização. O maior problema do modelo é seu poder explicativo, deixando de lado as reações psicológicas dos pacientes e dos problemas socioeconômico envolvidos na doença (BARROS, 2002). Assim, como o modelo apresenta limitações frente aos enfrentamentos sociais, nos anos 70, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, no qual propõe um olhar voltado a medicina social e possibilita o privilégio da inclusão, o trabalho em equipe (CUTOLO, 2006).

De acordo com o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo (2010), a atenção do profissional que atende uma gestante tem a necessidade de ser ampliada, não apenas focado do processo biomédico. Incentivando a capacidade de escuta e redução da utilização de termos técnicos para facilitar a participação da paciente com o profissional.

Atualmente, com a rapidez e falta de vínculos bem estabelecidos que a sociedade se apresenta, no âmbito da saúde não se é diferente. As relações interpessoais dos profissionais da saúde com os pacientes veem sendo cada vez mais escassa, visto que estes tornam a relação restrita ao contato direto com a enfermidade (MIRANDA; SOARES, 2014).

Isso é visto, pois, o cumprimento das responsabilidades clínica pelo profissional da saúde é voltada ao tratamento da patologia, esquecendo dos aspectos sociais e psicológicos que o paciente se encontra. Ou seja, há uma legitimação do saber técnico e teórico, desconsiderando o saber das relações interpessoais para que haja êxito em sua prescrição (MIRANDA; SOARES, 2014).

Visto isso, observa-se a necessidade dos profissionais da saúde ser dotados de competência técnica e interpessoal, possibilitando assim, uma maior humanização e eficácia na tratativa. Uma relação profissional-paciente bem estabelecida, com um olhar humanizado, facilitaria na adesão ao tratamento, bem como a aceitação do tratamento, além da cura ao ser

humano e não apenas da doença (MIRANDA; SOARES, 2014). Este aspecto pode ser observado em uma pesquisa realizada por Miranda e Soares (2014), no qual observaram que:

Estudos indicam que o desenvolvimento das habilidades sociais necessárias para o desempenho das práticas profissionais de saúde são importantes nos contextos de atendimentos ambulatoriais, hospitalares e clínicos. A adesão ao tratamento, bem como a mobilização emocional podem colaborar consideravelmente para a ativação de fatores acerca da melhoria do estado de saúde dos pacientes (p. 149).

Toda essa problemática apresentada anteriormente possui raízes na formação do profissional da saúde, ou seja, apresenta certos paradoxos vinculados a ela. Como exemplo o paradoxo da relação entre sucesso da medicina e a satisfação do médico quanto a sua carreira, no entanto, atualmente se vê um cresce número de profissionais insatisfeitos com a carreira, outro paradoxo é a associação da eficácia da medicina moderna atrelada ao desaparecimento de outras formas de medicina, porém hoje se vê um aumento da medicina não convencional (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

De acordo com Caprara e Rodrigues (2004), há uma necessidade dos profissionais da saúde desenvolver uma comunicação mais aberta entre paciente e profissional, possibilitando uma melhora na qualidade da relação, ou seja, o profissional necessita ter sensibilidade para compreender a realidade do paciente, ouvir as queixas, além de auxiliar na adaptação ao novo estilo de vida desencadeado pela doença. Essa necessidade ainda não é sanada devido ao modelo biomédico impossibilitando de considerar o psicossocial como integrante da relação paciente-profissional.

A comunicação bem estabelecida entre médico e paciente traz benefícios para os dois envolvidos na relação, isso, pois o paciente participe das decisões clínicas e assim, fica satisfeito com o atendimento, aderindo melhor ao tratamento. Já para o médico o benefício é as satisfações profissionais, além da redução dos conflitos médico-paciente e familiares (DINIZ et al., 2018). É importante considerar que a comunicação deve ser embasada nos quatro princípios fundamentais da bioética, nos quais são a beneficência, autonomia, justiça e não maleficência (NETO et al., 2013).

Quando se trata da comunicação de más notícias, estes aspectos citados anteriormente são intensificados, isso, pois, este tipo de comunicação está relacionado com situações que podem modificar negativamente o futuro das pessoas envolvidas (FONTES et al., 2017). Como observado por Fontes et al. (2017), as habilidades de comunicação de más notícias pela equipe pode desencadear sentimentos e reações no paciente e familiares que nunca mais se

esquecerão como foi realizada, e dependendo de como foi realizado, esses nunca mais perdoarão o profissional que realizou a comunicação. De acordo com Neto et al. (2013, p. 522), “o tempo não atenua a percepção dos pacientes em relação a qualidade da comunicação da má notícia”.

Vale ressaltar que a comunicação de más notícias não está ligada apenas à comunicação de uma morte, mas também está relacionado com procedimentos invasivos, tratamento paliativos longos e dolorosos, situação terminal, ou seja, situações que coloquem em risco a qualidade de vida do paciente (SOUTO; SCHULZE, 2019). De acordo com Koch, Rosa e Bedin (2017):

A mais famosa definição de má notícia foi proposta por Robert Buckman e adotada por diversos estudiosos: notícia que afeta seriamente a visão do sujeito em relação a seu futuro e que pode implicar, direta ou indiretamente, alterações negativas na perspectiva de vida (p. 578).

Quando se tratando de comunicação às gestantes e familiares é importante que o profissional da saúde apresente um olhar aos envolvidos de que o diagnóstico não finaliza o sonho da maternidade, mas, sim ressignifica com o tempo (GUERRA; MIRLESSE; BAIÃO, 2011). Além de que é importante que o profissional levante as demandas emocionais e valores culturais da mulher frente à maternidade, podendo assim auxiliar a gestante encontrar maneiras de levar a gestação à diante (GUERRA; MIRLESSE; BAIÃO, 2011).

Há um protocolo para comunicação de más notícias publicado em 1992 por Buckman (protocolo Spikes), no qual ainda é utilizado pelos profissionais da saúde para o auxílio no planejamento e realização da comunicações de más notícias. Esse protocolo é composto por 06 etapas, nas quais são (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020):

1. Preparação para o encontro: abordagem inicial com o paciente e preparação do ambiente pelo profissional, possibilitando sigilo, privacidade, acolhimento e amparo;
2. Percepção: observar como o sujeito percebeu sua condição de saúde e perspectivas futuras;
3. Convite: perceber o quanto o paciente quer saber sobre a doença;
4. Conhecimento: comunicação da notícia, na qual deve ser dada ao paciente de maneira a ser fácil compreendida, de forma realista e empática;

5. Emoções: após a comunicação, o médico deve amparar as emoções do paciente independente de sua reação;
6. Estratégia/ resumo: elaborar uma estratégia para conduzir o tratamento do paciente, além de buscar amenizar a dor, receio e ansiedade que a notícia provocou.

No entanto de acordo com Gazzola, Leite e Gonçalves (2020), esse protocolo no caso da neonatologia há uma complicação, pois o bebê malformado, que possui a titularidade do direito de escolha, não consegue exercer essa autonomia de escolha. Por isso, na área da neonatologia normalmente é visto divergências entre as vontades do profissional da saúde, no qual propõe a melhor alternativa terapêutica ao recém-nascido, e as vontades dos pais, nos quais possuem a autoridade parental. Essas divergências se intensificam quando os pais e seus familiares não possuem grandes conhecimentos em relação à doença que acomete o bebê.

É importante que no momento da comunicação de más notícias à família, que o profissional da saúde realize de maneira que possibilite amparar e orientar esses familiares, no entanto o profissional da saúde deve se atentar ao paternalismo e a superproteção em relação à família, pois acaba não ouvindo devidamente a escolha da família. Assim, considerando esses aspectos o profissional da saúde realiza uma comunicação de má notícia que respeite e valorize, com empatia, a forma como a família se prepara para a perda ou malformação do filho (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020).

Assim, a partir de Gazzola, Leite e Gonçalves (2020), os protocolos já existentes devem ser levados em consideração pelos profissionais da saúde nas tomadas de decisão da comunicação, no entanto é importante considerar que cada paciente é um indivíduo diferente, ou seja:

Dessa forma é possível adotar protocolos de orientação sobre comunicação adequada de más notícias, os quais devem, no entanto, ser compreendidos apenas como parâmetro, já que cada paciente é único e a previsão protocolar não tem o condão de abarcar todas as possibilidades e a complexidade das relações médico-paciente. Técnicas de comunicação podem ser aprimoradas e, por sua importância, devem ser aprendidas desde o início da formação médica. Um ambiente multidisciplinar acolhedor, em que a família possa ser ouvida, amparada e orientada, também é de suma importância (p. 44).

Vale ressaltar que o profissional da saúde em casos de gestação com malformação, na qual a criança venha a nascer é importante considerar os aspectos dos cuidados paliativos, assim possibilitando que os pais tenham contato com esse bebê em um ambiente acolhedor e

respeitoso pelo tempo possível. Dessa forma, através dos cuidados paliativos é garantida ao bebê uma morte digna (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa utilizada no respectivo trabalho foi a exploratória, bibliográfica voltada à Revisão Integrativa sobre o tema em estudo. A pesquisa bibliográfica foi elaborada sob material já desenvolvido, ou seja, utilizou-se como material as fontes bibliográficas. Como vantagem deste tipo de pesquisa pode-se observar um aumento de fenômenos levantados durante a pesquisa, assim ampliando os fenômenos estudados (GIL, 2008).

Já a pesquisa exploratória buscou obter um conhecimento mais completo, além de mais próximo à realidade, possibilitando um olhar também da parte oculta do tema, sempre a partir da elaboração de perguntas específicas e racionais (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Por fim, a pesquisa de revisão integrativa permitiu a síntese de diversos estudos já publicados auxiliando em uma conclusão geral frente ao tema, assim possibilitando uma análise ampla da literatura na área. Em um primeiro momento determinou-se um objetivo específico, propondo questionamentos/hipóteses a serem respondidas e testadas durante a pesquisa, para assim realizar buscas de pesquisas relevantes, sempre enquadrada nos critérios de inclusão e exclusão já determinados. Dessa forma, a pesquisa auxiliou em uma análise ampla da literatura, além de contribuir para discussão de futuras pesquisas, possibilitando também um profundo entendimento sobre o fenômeno (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi embasada nas duas primeiras etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008):

1^a) Identificação do tema ou questão de pesquisa:

A pesquisa foi realizada a partir da formulação clara de um problema a ser respondido. Esse, por sua vez, foi relacionado aos objetivos da pesquisa.

2^a) Estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de estudos para composição da amostra de fontes bibliográficas:

As bases de dados utilizadas foram: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde Brasil), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Catálogos de Teses e Dissertações CAPES, as palavras chaves utilizadas para pesquisa foram comunicação, más notícias, gestação,

gestação de risco e psicologia. Como critérios de pesquisa foram selecionados artigos e dissertações brasileiras com publicação nas plataformas online citadas a cima, não foi estabelecido período de ano específico para as pesquisas.

3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para o procedimento de análise de dados ainda foi utilizada as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008). As etapas foram as seguintes:

3^a) Categorização dos estudos: definição de informações a serem extraídas das fontes bibliográficas selecionadas

Nesta etapa foram estabelecidas as categorias de análise, nas quais foram relacionadas diretamente ao problema de pesquisa e aos objetivos (gerais e específicos).

4^a) Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa

Nesta fase foi elaborado o resultado da pesquisa, sendo este obtido a partir da extração de informações e respostas para cada categoria definida na terceira etapa. Os resultados foram divididos em duas categorias principais:

(a) Os aspectos formais dos artigos: estão relacionadas às seguintes informações: n^o de fontes bibliográficas encontradas, ano de publicação, quantidade de publicações, revistas que mais publicaram,

(b) Os aspectos do conteúdo: abordam informações qualitativas e são diretamente relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa.

5^a) Interpretação dos resultados

Nesta etapa foi elaborada a discussão dos resultados obtidos na pesquisa. Assim, foram comparados os resultados com conhecimentos teóricos já existentes, desenvolvendo uma conclusão ao tema pesquisado, além de identificação de lacunas e implicações em relação aos objetivos da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi dividida em aspectos formais e aspectos de conteúdo. Para melhor apresentação dos resultados, previamente foi estabelecido um código de identificação para os artigos e dissertações selecionadas, sendo ele: (A) – artigo e (D) – dissertação.

4.1 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS REFERENTES AOS ASPECTOS FORMAIS DOS ESTUDOS:

Quadro 1 – Número de fontes de bibliográficas selecionadas.

BASES DE DADOS	ARTIGOS (N)	DISSERTAÇÕES (N)
Scielo	06	01
BVS	07	00
CAPES	00	01
Total	13	02

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o Quadro 1 observou-se que das 15 fontes bibliográficas selecionadas, seis artigos e uma dissertação foram pesquisadas na base de dados Scielo. Já sete artigos foram selecionados a partir da base de dados BVS e nenhuma dissertação foi selecionada desta base de dados. Além, uma dissertação foi encontrada na base de dados CAPES. Não foram encontradas teses nas pesquisas realizadas.

Tabela 1 – Número e porcentagem de artigos e dissertações por ano.

ANO	N (nº de estudos)	%
2009	01	6,67
2011	01	6,67
2012	01	6,67
2013	01	6,67
2016	02	13,33
2017	03	20,00
2018	03	20,00
2019	02	13,33
2020	01	6,67
Total	15	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 1 foi levantado que os 15 estudos selecionados, sendo eles artigos e dissertações, foram produzidos entre o ano de 2009 e 2020. Entre os anos de 2009, 2011, 2012 e 2013 apenas um estudo foi escrito em cada ano, ou seja, 6,67% dos estudos foram produzidos em cada ano respectivo. Em 2016 foi escrito dois estudos selecionados, ou seja, 13,33%. Em 2017 e 2018 em cada ano foi escrito três estudos selecionados, sendo 20% dos estudos em cada ano respectivo. Em 2019 foi escrito dois estudos selecionados, sendo 13,33% e por fim, em 2020 foi escrito apenas um estudo selecionado, ou seja, 6,67%.

Tabela 2 – Número e porcentagem de periódicos em relação à cidade/estado.

PERIÓDICOS	CIDADE/ESTADO	N	%
Rev. da SPAGESP	Ribeirão Preto/SP	01	7,69
Rev. Brasileira de Ed. Médica	Brasília/DF	02	15,39
Revista Bioética	Brasília/DF	03	23,09
Rev. Min. Enferm.	Belo Horizonte/MG	01	7,69
Rev. Soc. Bras. Clin. Med.	São Paulo/SP	01	7,69
Rev. Psico & Saúde	Campo Grande/MS	01	7,69
Cad. Saúde Pública	Rio de Janeiro/RJ	01	7,69
Rev. Med Minas Gerais	Juiz de Fora/MG	01	7,69
Ciência e Saúde Coletiva	Rio de Janeiro/RJ	01	7,69
Estudos de Psicologia	Campinas/SP	01	7,69
Total		13	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 apresenta o número e porcentagem de periódicos em relação à cidades/estado. No estado de São Paulo houve uma (7,69%) publicação pela Revista da SPAGESP localizada na cidade de Ribeirão Preto, uma (7,69%) pela Revista Sociedade Brasileira Clin. Médica localizada na cidade de São Paulo e uma (7,69%) pelo Estudos de Psicologia localizada na cidade de Campinas. No Distrito Federal na cidade de Brasília houve publicação pela Revista Brasileira de Educação Médica, sendo dois (15,39%) estudos selecionados, e pela Revista Bioética, sendo três (23,09%) estudos selecionados.

No estado de Minas Gerais houve uma (7,69%) publicação pela Revista Min. Enfermagem localizada na cidade de Belo Horizonte, e uma (7,69%) publicação pela Revista Med. Minas Gerais localizada na cidade de Juíz de Fora. No estado do Rio de Janeiro na cidade do Rio de Janeiro houve uma (7,69%) publicação pela Revista Cad. Saúde Pública e uma (7,69%) publicação pela Revista Ciência e Saúde Coletiva. Por fim, no estado do Mato

Grosso do Sul na cidade de Campo Grande houve uma (7,69%) publicação pela Revista Psicologia & Saúde.

4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS RELATIVOS AOS APESCTOS DO CONTEÚDO DOS ESTUDOS:

Quadro 2 – Número e identificação dos artigos e dissertações em relação à pesquisa de campo e bibliográfica.

TÍPO PESQUISA	NÚMERO TOTAL	CÓDIGOS
Pesquisa de Campo	10	A1, A2, A4, A5, A7, A8, A9, A10, A13 e D1
Pesquisa Bibliográfica	5	A3, A6, A11, A12 e D2
Total	15	-

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o Quadro 2, dentre os artigos e dissertações selecionados, 10 estudos são pesquisa de campo, sendo elas nove artigos (A1, A2, A4, A5, A7, A8, A9, A10 e A13) e uma dissertação (D1). E cinco estudos são pesquisas bibliográficas, sendo quatro artigos (A3, A6, A11 e A12) e uma dissertação (D2).

Quadro 3 – Informações sobre autor, título e objetivos dos estudos.

CÓDIGO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS
A01	BORGES, M.M.; PETEAN, E.B.L.	Malformação Fetal: Enfrentamento materno, Apego e Indicadores de ansiedade e depressão.	Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes frente ao diagnóstico de malformação fetal e sua relação com o apego materno, ansiedade e depressão.
A02	DARZE, O.I.S.P.; JÚNIOR, U.B.	Uma Proposta Educativa para Abordar Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva durante o Ensino Médico.	Avaliar a técnica de role-playing na abordagem da objeção de consciência no currículo médico, estimulando o raciocínio ético e a habilidade de comunicação, competências técnicas necessárias a um médico.
A03	GAZZOLA, L.P.L.; LEITE, H.V.; GONÇALVES, G.M.	Comunicando más notícias sobre malformações congenitas: reflexões bioéticas e jurídicas.	Discutir aspectos relacionados à adequada comunicação na relação médico-paciente e sua influencia na esfera cível e ético-profissional
A04	FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D.;	Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de	Verificar se estudantes de medicina adquiriram conhecimento sobre comunicação de más notícias aos pacientes

CÓDIGO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS
	BONAMIGO, E.L.	estudantes de medicina.	durante a graduação.
A05	KOCH, C.L.; ROSA, A. B.; BEDIN, S. C.	Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica.	Reconhecer significados atribuídos à comunicação de más notícias, evidenciados na prática profissional e nos sentimentos e emoções que essa tarefa desperta nos profissionais.
A06	ROCHA, L. et al.	A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico.	Realizar uma análise reflexiva sobre a atuação do enfermeiro na comunicação de más notícias no cenário de cuidados obstétricos.
A07	DINIZ, S.S. et al.	Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes.	Comparar a percepção de médicos e pacientes sobre a comunicação de más notícias.
A08	SOUTO, D.C.; SCHULZE, M.D.	Profissionais de Saúde e Comunicação de Más Notícias: Experiências de uma Unidade Neonatal.	Investigar as experiências e formas de enfrentamento dos profissionais de saúde diante da comunicação de más notícias em uma Unidade Neonatal.
A09	OSTERMANN, A. C. et al.	Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal.	Descrever e avaliar como as notícias difíceis podem ser comunicadas de forma mais abrandada em casos de síndrome e/ou de malformações fetais em consultas de aconselhamento genético.
A10	NETO, J. A. C. et al.	Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente.	Avaliar a qualidade da comunicação da má notícia segundo a visão do paciente.
A11	NONINO, A.; MAGALHÃES, S. G.; FALCÃO, D. P.	Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura.	Avaliar as evidências existentes na literatura sobre a eficácia destes treinamentos.
A12	GUERRA, F. A. R.; MIRLESSE, V.; BAIÃO, A. E. R.	A comunicação de más notícias durante o pré-natal: um desafio a ser enfrentado.	Discutir à luz da literatura científica e da prática em centros de medicina fetal algumas recomendações que podem facilitar a vivência desses momentos difíceis e melhorar o cuidado com as gestantes.
A13	CUNHA, A. C. B. et al.	Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes.	Estudar o impacto do momento do diagnóstico de malformação congênita sobre a saúde mental.
D1	VASCONCELOS, L.	Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante.	Avaliar o grau de apego de apego materno-fetal, os níveis de ansiedade e depressão e os modos de enfrentamento utilizados por gestantes cujo feto apresenta diagnóstico de malformação fetal.

CÓDIGO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS
D2	KRIEGER, M. V.	Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes.	O objetivo foi realizar uma pesquisa teórica com foco na comunicação de más notícias em saúde, no âmbito da relação médico-paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 3 apresenta uma síntese sobre os objetivos dos artigos e dissertações selecionados. Dentre os estudos, podem-se observar objetivos focados na ansiedade e depressão das gestantes (A01), na avaliação e apresentação de técnicas de ensino da comunicação de más notícias para os profissionais da saúde (A02, A04 e A11), a relação profissional da saúde-paciente (A03 e D2), análise das formas de comunicação de más notícias pelos profissionais da saúde, além de avaliar a qualidade da comunicação (A05, A06, A07 e A10), as formas de enfrentamento tanto dos profissionais da saúde como das gestantes frente às más notícias (A08 e D1), além da análise do impacto para as gestantes e seu familiares frente a comunicação de más notícias e das maneiras de comunicação que possibilite facilitar e abrandar para as gestantes a vivência desses momentos difíceis (A09, A12 e A13).

Quadro 4 - Número de artigos e dissertações frente ao aspecto natureza da pesquisa de campo.

NATUREZA DA PESQUISA	NÚMERO TOTAL	CÓDIGOS
Qualitativa	3	A5, A8 e A9
Quantitativa	6	A1, A2, A4, A7, A10 e D1
Quantitativa-Qualitativa	1	A13
Total	10	-

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o Quadro 4, dentre as pesquisas de campo apresentadas no quadro anterior, três estudos são de natureza qualitativa, sendo eles três artigos (A5, A8 e A9). E seis estudos são de natureza quantitativa, sendo cinco artigos (A1, A2, A4, A7 e A10) e uma dissertação (D1). Observou-se também um estudo de natureza quantitativa-qualitativa, sendo este um artigo (A13).

Quadro 5 - Participantes, idades e local de aplicação das pesquisas de campo.

CÓDIGO	Nº PARTICIPANTES	IDADES	LOCAL DE APLICAÇÃO
A01	33 gestantes	18 - 43 anos	Ambulatório de Medicina Fetal hospital-escola no interior de SP.
A02	120 acadêmicos	-	Escola da Bahia de Medicina e Saúde Pública.
A04	164 acadêmicos	-	Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste de SC.
A05	09 profissionais da saúde	-	UTI neonatal e pediátrica do hospital de ensino no RS.
A07	P1 – 200 pacientes P2 – 3.382 profissionais da saúde	P1 - ≥ 18 anos	Instituições de saúde pública e privada de Sergipe.
A08	09 profissionais da saúde	25 – 45 anos	Maternidade pública de SC.
A09	54 aconselhamentos genéticos	14 – 47 anos	Setor hospitalar materno-infantil do SUS na região Sul do Brasil.
A10	501 participantes	≥ 18 anos	População de Juíz de Fora – MG
A13	66 gestantes	± 28 anos	Maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro.
D1	27 gestantes	17 – 39 anos	Ambulatórios da FMRP/USP e da FMB/UNESP na Cidade de Ribeirão Preto – SP.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 5 apresenta que entre as 10 pesquisas de campo selecionadas, três estudos (A01, A13 e D1) foram realizadas apenas com gestantes, nos quais foram realizados em hospitais e ambulatórios públicos, com participantes entre 17 a 43 anos. Outros dois estudos (A02 e A04) foram realizados com acadêmicos de medicina em uma instituição na Bahia e outra em Santa Catarina. Três estudos (A05, A07 e A08) foram realizados com profissionais da saúde, sendo realizados em setores materno-infantil de hospitais públicos e privados. E por fim, três estudos (A07, A09 e A10) foram realizados com participantes no geral com idades acima de 14 anos, um (A07) realizado em instituições de saúde pública e privada, um (A09) no setor materno-infantil hospitalar e um (A10) com a população de Juíz de Fora –MG.

Quadro 6 – Informações sobre resultados e discussão.

CÓDIGO	TÍTULO	RESULTADOS E DISCUSSÃO
A01	Malformação Fetal: Enfrentamento materno, Apego e Indicadores de ansiedade e depressão.	Nos resultados foram apresentados aspectos de histórico gestacional, estratégia de enfrentamento das gestantes, as táticas de enfrentamento relacionadas a aspectos religiosos, além de analisar os indicadores de depressão e ansiedade. Foi discutido que essas variáveis podem interferir no ajuste emocional da gestante quando recebe o diagnóstico de malformação gestacional.
A02	Uma Proposta Educativa para Abordar Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva durante o Ensino Médico.	Foram apresentados aspectos sobre religiosidade dos estudantes de medicina, objeção do abortamento previsto em lei, orientação contraceptiva de jovens adolescentes e prescrição de contracepção emergencial. Foi discutido que após a participação dos estudantes de medicina no projeto observou-se mudanças em seus posicionamentos, auxiliando na realização de uma medicina que promova uma saúde de qualidade e sem discriminação.
A03	Comunicando más notícias sobre malformações congênitas: reflexões bioéticas e jurídicas.	Neste estudo foi discutida a importância da adequada comunicação, enfatizando a necessidade de uma relação médico-paciente bem estabelecida, auxiliando na autonomia do paciente e o dever de informar do médico, este último quando violado é passível de responsabilização na esfera civil e ético-profissional.
A04	Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina.	No respectivo estudo foi observado resultado em relação à presença na comunicação de más notícias pelo médico, que a maioria dos estudantes que presenciaram estavam nos últimos anos da graduação (grupo 02). Em relação ao conhecimento de protocolos para comunicação de más notícias, também foi observado que os alunos do grupo 02 apresentavam mais conhecimento, além de que todos os estudantes do grupo 02 consideraram importante a aprendizagem da comunicação de más notícias.
A05	Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica.	O principal significado dado a más notícias é a morte, assim esse medo dificulta a transmissão da notícia, principalmente no quesito neonatal. Foi observado também que não apenas o conhecimento teórico deve ser levado em consideração quando for realizada a comunicação, considerando as experiências das pessoas e sua subjetividade. Discutiu-se que a abordagem desse conteúdo é escassa durante a graduação, assim o conteúdo aprendido na prática faltam padronização e aspectos importantes. Além, o autor apresenta as emoções e formas de enfrentamento dos profissionais quando comunicam a má notícia.
A06	A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico.	Foi discutida no estudo a perspectiva da enfermagem obstétrica na comunicação de más notícias. O autor propõe o olhar mais detalhado ao não verbal do paciente que receberá a notícia, servindo como feedback ao enfermeiro para a continuação da comunicação da notícia. O enfermeiro também precisa ter ciência que o momento da comunicação é difícil para a mulher, em alguns casos havendo necessidade de repetição do conteúdo passado. Além de discutir a falta de aprendizagem nos profissionais da saúde para realizarem esse tipo de comunicação.

CÓDIGO	TÍTULO	RESULTADOS E DISCUSSÃO
A07	Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes.	Os resultados obtidos no estudo foram que 71,4% dos médicos não sentem dificuldade em comunicar uma má notícia, 99% informam de maneira detalhada as complicações e efeitos da doença, todos os entrevistados acreditam passar confiança durante a comunicação. Já em relação aos pacientes em torno de 15% deles disseram que já receberam uma má notícia, que o médico não deu explicações detalhadas sobre a doença, 12% não confiavam no médico e 36,4% acharam o médico não levou em consideração sua opinião. Por fim, em relação às habilidades de comunicação de más notícias aproximadamente 55% dos médicos não tiveram treinamento sobre o tema, mas se consideram bons para realizar a comunicação e 62% dos médicos não se sentem confortáveis em lidar com as emoções dos pacientes.
A08	Profissionais de Saúde e Comunicação de Más Notícias: Experiências de uma Unidade	O trabalho analisa duas categorias (1) as experiências em relação ao preparo profissional e (2) as experiências em relação a protocolos de comunicação de más notícias. Foi observado que a maior parte dos profissionais da saúde não se sente confortável durante a comunicação da má notícia. Os profissionais entrevistados também relataram que não utilizam nenhum protocolo específico para realizar a comunicação, isso, pois, falta embasamento teórico durante a formação desses profissionais.
A09	Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal.	O estudo apresenta do melhor cenário para o pior cenário, a comunicação de um diagnóstico de Síndrome de Down sem cardiopatias congênitas. Foi realizada discussão da análise dos dados obtidos levantados durante um aconselhamento genético, permitindo uma tomada de decisão de forma autônoma dos pais. O profissional que realiza esse processo visa informar de maneira precisa, completa e imparcial, além da criação de uma relação empática com o paciente.
A10	Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente.	Foi observado nos resultados que 1/3 dos participantes do estudo consideraram que o profissional que realizou a comunicação não estava preparado para realizar, 10% dos participantes não receberam de um médico a má notícia, além de que 17% dos participantes receberam a notícia em um local não reservado. Já em relação a forma de transmissão 34% for de maneira amigável, 43% de maneira tranquila e 15% de forma indiferente.
A11	Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura.	O respectivo trabalho obteve com o estudo bibliográfico que 04 dos estudos selecionados indicaram melhora nos treinamentos de comunicação de más notícias, sendo esses efetivos para os médicos e estudantes de medicina realizar a comunicação de más notícias de maneira adequada.
A12	A comunicação de más notícias durante o pré-natal: um desafio a ser enfrentado.	O estudo discute, a partir de uma análise bibliográfica, aspectos do diagnóstico no pré-natal, da figura do médico de “criador” da imagem fetal durante o exame de ultrassonografia, visto que normalmente a gestante e seus familiares não compreendem as imagens do exame. Além, o estudo também discute a comunicação do diagnóstico durante o a ultrassonografia de rotina, apresentando

CÓDIGO	TÍTULO	RESULTADOS E DISCUSSÃO
		que se a comunicação é feita de forma muito objetiva pode-se influenciar nos próximos passos da gestante na tomada de decisões por não ter conhecimento do que acontece com o bebê. Por fim, o estudo discute a necessidade do encontro entre médico e paciente, além da conversa dessa paciente que recebe uma má notícia com um especialista, no qual esse profissional precisa ser claro e dar o diagnóstico de maneira compreensível à gestante e sua família, pois na maioria dos casos a paciente não compreender a fala médica por ser muito técnico desencadeando nervosismo e ansiedade durante os diálogos com o especialista.
A13	Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes.	Das 66 gestantes que participaram do estudo, 14 colocaram a comunicação do diagnóstico como apropriada. Quando o diagnóstico foi realizado no primeiro trimestre, os indicadores de ansiedade e depressão estavam associados no momento da comunicação, no entanto quando foi realizado do segundo trimestre apenas o indicativo de depressão foi observado. Também se discutiu a relação dos indicadores de ansiedade e depressão com a vulnerabilidade física e psíquica no diagnóstico de malformação congênita.
D1	Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante.	Os resultados do estudo mostraram que mesmo as mães recebendo o diagnóstico de malformação fetal, as gestantes mantiveram o apego com o feto, com média de apego acima do previsto pelo instrumento. Em relação ao modo de enfrentamento, o mais utilizado pelas gestantes foi a busca de práticas religiosas. Os índices de ansiedade se apresentaram elevados para a maioria das gestantes, mas os índices de depressão na maioria das gestantes não se mostraram elevados.
D2	Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes.	O estudo mostra que o problema da comunicação de más notícias está relacionado com a relação médico-paciente e nas implicações bioéticas e das virtudes. Compreendeu-se também que esses aspectos devem ser considerados nas práticas educacionais e assistenciais de cuidado nos serviços de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 6 apresenta uma síntese sobre os resultados e discussões dos artigos e dissertações selecionados. Dentre os estudos, podem-se observar discussões sobre o modo de enfrentamento das gestantes (A01, A03, A10, A13 e D1), depressão e ansiedade das gestantes (A01, A13 e D1), metodologia e forma de ensino para profissionais da saúde em comunicação de más notícias (A02, A04, A05, A06, A08 e A11), relação profissionais da saúde-paciente (A03, A07, A09, A10, A12 e D2), os respectivos protocolos de comunicação utilizados pelos

profissionais (A03, A04, A08 e A10) e o modo de enfrentamento dos profissionais da saúde frente à comunicação de más notícias (A05, A07, A08, A10 e A13).

Quadro 7 – Relação dos estudos que apresentam os protocolos de comunicação utilizados pelos profissionais da saúde.

CÓDIGO	PROTOCOLO UTILIZADO
A03	O estudo apresenta a utilização do protocolo Spikes do autor Buckman, este é dividido em 06 etapas, sendo elas a preparação para o encontro, a percepção, o convite, o conhecimento, emoções e estratégias/resumo. No entanto, quando se trata da neonatologia, o recém-nascido não tem autonomia para escolher o que é melhor a ele, podendo haver divergência entre a escolha parental e a equipe de saúde.
A04	O presente estudo questiona o conhecimento dos estudantes de medicina sobre o protocolo Spikes, sendo quase 1/3 dos estudantes nos primeiros períodos e todos os alunos nos últimos períodos da graduação disseram conhecer o protocolo. Os alunos também relataram que o protocolo auxilia na comunicação de más notícias, sendo adaptável em diferentes situações.
A05	Os dados do estudo mostram que os entrevistados não utilizam ou reconhecem a validade dos protocolos, devido à dificuldade em normatizar e uniformizar o momento da comunicação de más notícias, pois esse é único. Mas o autor apresenta o protocolo Spikes como facilitador da comunicação e a religiosidade como modo de amparo utilizado pelo profissional.
A06	O presente estudo não apresenta um protocolo específico de utilização, no entanto ele propõe que a comunicação deva ser feita de forma clara e gradual, após a percepção do estado emocional da mulher. Assim, não há uma técnica universal na comunicação da má notícia, mas devem ser embasadas na Bioética.
A07	O estudo cita o protocolo Spikes para auxiliar a comunicação, o autor também propõe que a comunicação de más notícias não deva ser realizada com pressa, sendo importante que o médico possua sensibilidade de quanto o paciente aguenta receber de informações naquele momento, além perceber se há necessidade de acompanhamento de um familiar para dar o suporte emocional ao paciente.
A08	Os profissionais que participaram no estudo relataram não utilizar nenhum protocolo específico para realizar a comunicação, eles utilizam da compreensão empática com o paciente e seus familiares, além de desenvolver a intuição para o momento da comunicação. Eles consideram também que não existe uma técnica específica para comunicar todas más notícias, mas sim uma adequação da técnica para cada caso. No entanto, o autor do estudo apresenta o protocolo Spikes como norteador para a prática da comunicação.
A10	O estudo apresenta o protocolo Spikes como um dos mais conhecidos no tema de comunicação de más notícias, no qual contém recomendações de como os profissionais devem proceder, ensinando a prática, diminuindo o estresse do profissional da saúde.
A12	O artigo não apresenta um protocolo específico para comunicação de más notícias às gestantes, no entanto ele apresenta que a comunicação desse tipo de notícia pode gerar na mulher um momento de muita ansiedade, sendo necessário que essa comunicação seja realizada presencialmente, com tempo e atenção à paciente, criando mecanismo que facilitem a compreensão desse diagnóstico e que minimize os impactos psicológicos nessa gestante. Além de oferece suporte emocional a gestante.

CÓDIGO	PROTOCOLO UTILIZADO
A13	O estudo não apresenta um protocolo específico, mas indica que é importante que o profissional deva ter uma postura empática, oferecendo informações claras e possíveis de compreensão pela gestante e seus familiares. Além de oferecer um suporte emocional, respeitando a dor e angústia desencadeada pela comunicação do diagnóstico.
D2	O estudo apresenta o protocolo SPIKES, este apresenta etapas a serem seguidas pelo médico para realizar a comunicação de más notícias. O trabalho também apresenta um protocolo mais simples que o anterior chamado ABCDE, no qual auxilia o médico no manejo com o sofrimento dos pacientes a partir da expressão dos sentimentos, acessando as necessidades básicas de informações ao paciente, identificar riscos eminentes ao paciente, como de suicídio, antecipar dúvidas, além de reduzir os sentimentos de abandono do médico em relação ao paciente.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 7 expõe os estudos que apresentam tipos de protocolos utilizados pelos profissionais da saúde para realizar a comunicação de más notícias, assim, dos 15 estudos selecionados, 10 (66,67% - gráfico 01) apresentam protocolos.

Assim, dos 10 estudos, seis deles (A03, A04, A05, A07, A08 e A10) demonstram que os profissionais da saúde utilizam o protocolo SPIKES como base teórica para realizar a comunicação de má notícia. Este protocolo é dividido em seis fases sendo elas, respectivamente: preparação para o encontro, percepção, convite, conhecimento, emoções e estratégia/resumo. A primeira fase é a preparação do ambiente para realizar a comunicação, focando o sigilo e privacidade, além da empatia e acolhimento. A segunda fase é a análise da percepção do paciente frente sua saúde e as possibilidades futuras. A terceira fase analisar o quanto o paciente quer saber sobre a doença, já na quarta fase realizar efetivamente a comunicação, sempre buscando a fala empática, realista e amorosamente. A quinta fase é o amparo emocional do profissional com o paciente, independente da reação deste, por fim, a sexta fase é o desenvolvimento de estratégias para conduzir o tratamento, buscando minimizar a dor e a ansiedade do paciente (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020).

Três dos estudos (A06, A12 e A13) não apresentaram um protocolo específico, mas eles indicam uma postura adequada aos profissionais para realizar a comunicação da má notícia, como empatia, oferecer suporte emocional ao paciente, ser realizada de forma presencial, possibilite compreensão do paciente frente ao diagnóstico, com embasamento na bioética. Assim, como visto na revisão de literatura, esses aspectos possibilita que o profissional da saúde realiza uma comunicação de má notícia que respeite e valorize, com

empatia, a forma como a família se prepara para a perda ou malformação do filho (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020).

Em um estudo (D2) apresentou além do protocolo SPIKES, outro tipo de protocolo, o ABCDE. Este último protocolo possibilita uma expressão das emoções do paciente: A – saber o que o paciente sabe e se preparar emocionalmente para a comunicação; B – organizar o ambiente tanto emocional quanto o físico para a comunicação; C – se expressar com clareza e de forma empática com o paciente; D – ser capaz de lidar adequadamente com as reações emocionais do paciente; por fim, E – possibilitar que o paciente se expresse emocionalmente, além de auxiliá-lo na compreensão de sua situação (KRIEGER, 2017).

No entanto, como visto da revisão de literatura os protocolos já existentes devem ser levados em consideração pelos profissionais da saúde nas tomadas de decisão da comunicação, mas é importante considerar que cada paciente é um indivíduo diferente. Além, no caso da neonatologia há uma complicação, pois o bebê malformado, que possui a titularidade do direito de escolha, não consegue exercer essa autonomia de escolha. Por isso, na área da neonatologia normalmente é visto divergências entre as vontades do profissional da saúde, no qual propõe a melhor alternativa terapêutica ao recém-nascido, e as vontades dos pais, nos quais possuem a autoridade parental (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020).

Quadro 8 – Relação de estudos que apresentam o modo de enfrentamento e reação das gestantes.

CÓDIGO	MODO DE ENFRENTAMENTO E REAÇÃO DAS GESTANTES
A01	A maioria das gestantes participantes (51,5%) desse estudo utilizou a estratégia de enfrentamento focalizada na religiosidade.
A03	O estudo apresenta que as mulheres que recebem o diagnóstico de malformação congênita o medo e a ansiedade elevam-se. Assim, elas passam pelo processo de luto do filho ideal, substituindo-o pelo filho real.
A06	De maneira geral, as mulheres que recebem a má notícia precisam ser ouvidas, pois além da dor física, elas vivenciam uma dor existencial. As reações destas mulheres podem ocorrer no momento da comunicação ou tardiamente. Essas passam pelo processo de luto, assim a quebra de uma expectativa auxilia no enfrentamento da má notícia.
A12	Foi visto que após a gestante receber a notícia de um diagnóstico ruim essa pode passar por um processo, no qual no primeiro momento a gestante nega o diagnóstico recebido, em seguida se revolta, discute, entra em uma fase de tristeza e alguns casos depressão e posteriormente aceita o diagnóstico. Ou seja, a gestante passa por um processo de luto.
A13	Normalmente a gestante ao receber o diagnóstico passa por um processo de luto do filho idealizado, sentindo sentimentos como medo, sofrimento e pessimismo. Após o período de negação, a gestante entra em um processo de adaptação, aceitando a gravidez real.
D1	A maioria das gestantes, 55,5%, utilizou como estratégia de enfrentamento a prática religiosa, 25,9% das gestantes utilizaram como estratégia o foco no problema e 18,6% das gestantes utilizaram a busca do apoio social.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 8 expõe os estudos que apresentam os modos de enfrentamento e reações das gestantes, assim, dos 15 estudos selecionados, seis (40% - gráfico 01) apresentam modos de enfrentamento e reações.

Assim, quatro estudos (A03, A06, A12 e A13) mostraram que as gestantes que recebem uma má notícia, como malformação do feto ou perda gestacional, passam pelo processo de luto do filho/gestação idealizado, nas quais ao receber o diagnóstico sofrem com a negação desse, posteriormente se adapta à ele e por fim aceita-o. Como visto na revisão de literatura, quando a mulher recebe um diagnóstico ruim, ela acaba passando por diversos lutos, como a da perda do bebê, a da perda da identidade materna, a da perda do futuro idealizado (GRAÇA, 2018), já no caso da malformação a mulher se depara também com o luto do filho perfeito e idealizado deve ser vivido (VASCONCELOS; PETEAN, 2009). Isso, pois, ocorre uma resignificação do diagnóstico por parte da gestante, dessa forma a mulher vivencia o luto de uma gestação idealizada, passando a se adaptar e aceitar a real gestação (CUNHA et al., 2016).

E dois estudos (A01 e D1) analisaram a forma como as gestantes enfrentam um diagnóstico ruim na gestação e a maioria delas utiliza das práticas religiosas como meio de enfrentamento, ou seja, elas se apegam à fé para conseguirem passar pelo processo de luto do filho/gestação idealizada. De acordo com Borges e Pentean (2018) as maneiras de enfrentamentos de cada indivíduo estão relacionadas com os fatores vivenciados, personalidade da mãe, apoio social, relacionamento conjugal e entre outros, além das condições internas como o medo, crenças pessoais, suporte e recursos materiais.

Quadro 9 – Relação de estudos que apresentam a relação dos indicadores de depressão e ansiedade das gestantes quando recebem uma má notícia.

CÓDIGO	DEPRESSÃO E ANSIEDADE
A01	Das 33 gestantes avaliadas, 15 apresentaram níveis de ansiedade elevados e 10 para depressão.
A12	Foi observado no respectivo estudo que as gestantes quando recebem uma má notícia podem elevar muito o grau de ansiedade, visto que elas passam a ter incertezas do futuro da gestação. No entanto, foi visto que o diálogo da gestante com um médico especialista pode auxiliar no alívio dessa ansiedade, dando assim mais clareza no diagnóstico e futuro da gestação.
A13	No estudo todas as gestantes apresentaram índices significativos de ansiedade e 78% delas apresentaram índices de depressão, sendo a maioria com sintomas leves. Em comparação aos trimestres, os indicadores emocionais de depressão e ansiedade foram mais significativos nas gestantes que receberam a comunicação de diagnóstico de malformação congênita no segundo trimestre.

CÓDIGO	DEPRESSÃO E ANSIEDADE
D1	Das gestantes que participaram do estudo 40,7% apresentaram indicadores de ansiedade moderada, 14,8% ansiedade grave, 11,1% ansiedade mínima e 33,3% ansiedade leve. Já em relação a indicadores de depressão 40,7% das gestantes não apresentaram sinais, 37,1% indicou sintomas de depressão leve e 22,2% depressão moderada.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 9 expõe os estudos que apresentam a relação dos indicadores de depressão e ansiedade das gestantes quando há uma comunicação de má notícia, assim, dos 15 estudos selecionados, quatro (26,67% - gráfico 01) apresentam esses indicadores.

Assim, três estudos (A01, A13 e D1) mostraram que as gestantes que receberam uma má notícia apresentaram indicadores de ansiedade e depressão elevados, apenas um estudo (A12) demonstrou que as gestantes apresentaram indicador apenas de ansiedade elevado.

Esses dados foram observados também na revisão de literatura, quando no primeiro trimestre é diagnosticado à família que a gestação é de risco, a gestante pode vir a desenvolver depressão ou elevação dos níveis de ansiedade, normalmente se observa um aumento estatisticamente, no entanto não se torna um determinante posterior. Mas, quando o diagnóstico é realizado a partir do segundo trimestre pode-se observar um elevado nível de depressão em relação aos níveis de ansiedade, visto que por estar mais próxima do parto, a mulher não tem esperança na mudança do diagnóstico, além de não haver tempo de elaboração do luto, como é visto nas mulheres que receberam o diagnóstico no primeiro trimestre, como citado anteriormente (CUNHA et al., 2016). Isso, pois, a mulher quando mais próxima da chegada do bebê pode elevar seu nível de ansiedade (MELO; LIMA, 2000).

De acordo com Oliveira e Mandú (2015), quando o diagnóstico de risco é informado a gestante, sua ansiedade, que já é esperado para elas, é aumentada, além do sofrimento em relação às expectativas da saúde do filho.

Quadro 10 – Relação de estudos que apresentam as metodologias e formas de ensino dos profissionais da saúde em comunicação de más notícias.

CÓDIGO	METODOLOGIA
A02	O estudo focava no olhar do estudante de medicina frente ao assunto objeção de consciência, assim após a aplicação da intervenção pode-se observar uma mudança de comportamento desses estudantes. Dessa forma, ressalta a importância de abordar os temas durante a graduação.
A04	Os estudos apresentam técnicas para o aprendizado da comunicação de más notícias como: aulas expositivas, vídeos didáticos, filmes, uso do protocolo Spikes e o role playing (dramatização).
A05	O presente estudo indica como recursos metodológicos a dramatização, o role playing e workshops. Possibilitando, assim, um local de discussão de qualidade sobre a

CÓDIGO	METODOLOGIA
A05	comunicação, gerando benefício não apenas aos pacientes, como aos seus familiares e profissionais da saúde.
A07	O estudo não apresentou uma metodologia específica de ensino, no entanto ele mostrou que 61,2% dos médicos aprenderam a comunicar más notícias observando outros profissionais, 47,9% relataram terem aprendido a partir da tentativa e erro e apenas 24,5% dos médicos tiveram formação específica para realizar a comunicação de más notícias.
A08	O autor apresenta que há uma lacuna nas grades curriculares da graduação dos profissionais da saúde. Observou também que normalmente não há um ensino teórico de técnicas e que os profissionais da saúde aprendem a partir dos estágios práticos, das experimentações e observação de outros profissionais durante a comunicação.
A11	O estudo não definiu uma metodologia específica para treinamento de comunicação de más notícias, no entanto ele observou que novas tecnologias como a internet pode reduzir os custos dos treinamentos dos profissionais de saúde e estudantes, além de aumentar a aplicabilidade.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 10 expõe os estudos que apresentam metodologias de ensino para profissionais da saúde para aprendizagem de comunicação de más notícias, assim, dos 15 estudos selecionados, seis (40% - gráfico 01) apresentam essas metodologias.

Assim, dois estudos (A04 e A05) apresentaram metodologias como a dramatização, role-playing, workshops, aulas expositivas, vídeos didáticos, filmes. Dois estudos (A07 e A08) não apresentaram uma metodologia específica, mas indicou que os profissionais normalmente aprendem através da observação de outros profissionais, além do aprendizado a partir de estágios práticos e experimentações durante a comunicação. Por fim, um estudo (A02) apresentou a importância do conhecimento da objeção de consciência dos profissionais da saúde durante a comunicação da má notícia, ou seja, saber os direitos do médico e do paciente de suas escolhas, e um estudo (A11) indicou a utilização da internet como ferramenta de redução de gastos no ensino, além de facilitar o acesso pelos profissionais.

Reforçando assim a informação trazida pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo (2010), que a atenção do profissional que atende uma gestante tem a necessidade de ser ampliada, não apenas focado do processo biomédico. Incentivando a capacidade de escuta e redução da utilização de termos técnicos para facilitar a participação da paciente com o profissional.

Quadro 11 – Relação de estudos que apresentam a importância da relação profissional da saúde-paciente.

CÓDIGO	RELAÇÃO PROFISSIONAL DA SAÚDE – PACIENTE
A03	O estudo apresenta a importância da relação médico-paciente frente autonomia de escolha do paciente, presando a comunicação verdadeira do profissional.
A05	O autor apresenta que a comunicação de más noticia extrapola o ato de comunicar uma informação, isso, pois, o profissional compartilha do momento com o paciente e familiares, influenciando diretamente na saúde e no bem estar de todos os envolvidos.
A06	O respectivo estudo trata do profissional da enfermagem, este apresenta que uma boa relação enfermeiro-paciente está muito relacionada com a maneira que acontece a comunicação dos acontecimentos, sendo importante para o profissional observar o não verbal do paciente para poder compreender melhor as emoções e reações do paciente.
A07	O estudo apresenta que a relação médico-paciente é embasada na confiança e esse aspecto está relacionado também com a escolha do médico pelo paciente. A confiança na relação médico-paciente determina o vínculo construído entre eles, assim quando este ocorre de forma satisfatória o grau de satisfação do paciente em relação ao médico é maior. O estudo também relata sobre a importância do paciente exercer sua autonomia nas escolhas de seu tratamento.
A09	A relação médico-paciente pode ser interferida quando ocorre uma comunicação de um diagnóstico anormal do bebê. É importante que o profissional que realize busque abrandar o impacto dessa notícia, através das evidências dos aspectos positivos, como apresentado no estudo.
A10	É de extrema importância que uma relação entre médico-paciente seja bem estabelecida quando for realizada a comunicação de uma má notícia. No estudo foi observado que 20% dos entrevistados apresentavam uma memória negativa de uma comunicação recebida, sendo atribuída como a maneira que foi realizada a comunicação. Quando há uma postura acolhedora e tranquila a comunicação é recebida de maneira mais branda. A qualidade desse relacionamento determina a eficácia do tratamento, na qual está embasada na solidariedade, no cuidado da assistência, na confiança, na atenção individualizada e na escuta para auxiliar o paciente no momento de dor e sofrimento.
A12	De modo geral o artigo indica que a relação médico-paciente deve ser embasada na comunicação clara entre os dois lados, com confiança e possibilidade de encontros pessoais para a comunicação de diagnósticos. Além, da importância do profissional da saúde realizar um acolhimento à gestante após a comunicação da má notícia.
D2	O estudo propõe que a qualidade do cuidado médico está relacionada com a interação médico-paciente, no entanto observa-se que na maioria das vezes essa interação é frustrante para ambas as partes. Alguns obstáculos que podem estar relacionadas com a dificuldade na interação são: envolvimento emocional, diferença de posição social, diferença de conhecimento, dificuldades de compreensão do paciente devido à falta de conhecimento clínico.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 11 expõe os estudos que apresentam a importância das relações profissionais da saúde-paciente durante a comunicação de más notícias, assim, dos 15 estudos selecionados, oito (53,33% - gráfico 01) apresentam a importância dessa relação.

Assim, dois estudos (A03 e A07) mostraram que para uma relação profissional da saúde-paciente adequada é importante que o paciente tenha autonomia nas escolhas de seu tratamento, como visto na revisão de literatura, uma relação profissional-paciente bem estabelecida, com um olhar humanizado, facilitaria na adesão ao tratamento, bem como a aceitação do tratamento, além da cura ao ser humano e não apenas da doença (MIRANDA; SOARES, 2014). Quatro estudos (A05, A06, A09 e A 12) enfatizaram o acolhimento das gestantes durante a comunicação da má notícia, além de olhar também para os pontos positivos do diagnóstico e observar a fala não verbal da gestante para compreender melhor as emoções e reações do paciente, como apresentado por Caprara e Rodrigues (2004), o profissional necessita ter sensibilidade para compreender a realidade do paciente, ouvir as queixas, além de auxiliar na adaptação ao novo estilo de vida desencadeado pela doença.

Dois estudos (A07 e A12) pontuaram o aspecto da confiança que o paciente precisa ter no profissional para receber melhor a má notícia; e um estudo (A10) que apresentou que o profissional apresentando uma postura acolhedora e tranquila durante a comunicação pode influenciar em uma melhor adesão ao tratamento por parte do paciente.

Por fim, um estudo (D2) não apresentou aspectos positivos da relação profissional da saúde-paciente, mas sim os aspectos que dificultam uma boa relação entre os envolvidos durante a comunicação de más notícias, como o envolvimento emocional, a diferença de posição social, a diferença de conhecimento e as dificuldades de compreensão do paciente devido à falta de conhecimento clínico. Isso, pois, o cumprimento das responsabilidades clínicas pelo profissional da saúde é voltada ao tratamento da patologia, esquecendo dos aspectos sociais e psicológicos que o paciente se encontra. Ou seja, há uma legitimação do saber técnico e teórico, desconsiderando o saber das relações interpessoais para que haja êxito em sua prescrição (MIRANDA; SOARES, 2014).

Quadro 12 – Relação dos estudos que apresentam o modo de enfrentamento do profissional da saúde.

CÓDIGO	MODO DE ENFRENTAMENTO PROFISSIONAL DA SAÚDE
A05	O estudo mostrou que o profissional da saúde sente emoções relacionadas à impotência, frustração e evitação, esses sentimentos ligados ao alto nível de exigência que a sociedade coloca sobre o médico, além de ser também um mecanismo de defesa para não ser afetado pelo sentimento do outro. Isso, pois, a medicina busca muito o olhar intelectualista. No

CÓDIGO	MODO DE ENFRENTAMENTO PROFISSIONAL DA SAÚDE
	entanto, os profissionais entrevistados demonstraram dificuldade em reconhecer o sofrimento, assim podendo desenvolver depressão, ansiedade e síndrome de Burnout, devido ao esgotamento emocional desses profissionais.
A07	De acordo com o autor da pesquisa 92,5% dos médicos apresentavam dificuldade em sobre morte com familiares, principalmente quando o paciente era jovem. Sendo 61,2% dos médicos não se sentem confortáveis em lidar com as emoções dos pacientes, dessa forma, após a comunicação de uma má notícia o médico vem a sentir tristeza, angústia e desespero, no entanto alguns médicos relataram indiferença.
A08	O estudo apresentou que quando os profissionais da saúde realizam a comunicação de más notícias, normalmente se sentem desconfortáveis pela falta de preparação, podendo vivenciar emoções intensas como sentimentos de tristeza, raiva, culpa e sensação de incompetência por não ter conseguido evitar o problema.
A09	A comunicação de más notícias é uma tarefa solitária ao profissional que a realiza, assim como esses não possuem um preparo adequado para realizar a comunicação acabam adoecendo juntamente com a pressão e sofrimento sentidos.
A13	Para se esquivar do desconforto emocional que acomete o profissional durante a comunicação do diagnóstico, o profissional se atenta nos aspectos biológicos, se portando de maneira distante e negando a gravidade da situação para a gestante.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 12 expõe os estudos que apresentam os modos de enfrentamento dos profissionais da saúde frente à comunicação de más notícias, assim, dos 15 estudos selecionados, cinco (33,33% - gráfico 01) apresentam modos de enfrentamento dos profissionais.

Dessa forma, três estudos (A05, A07 e A08) demonstraram que os profissionais da saúde sentem-se impotentes frente à notícia, principalmente no caso de morte de pacientes jovens, desenvolvem sentimentos como frustração, evitação (mecanismo de defesa), tristeza, angústia, desespero, raiva, culpa. Três estudos (A07, A08 e A13) mostraram que os profissionais da saúde sentem-se desconfortáveis em realizar as comunicações de más notícias e de lidar com as emoções dos pacientes, em alguns casos, devido sua falta de preparo, desencadeando um desconforto emocional no profissional.

Outros dois estudos (A05 e A09) apresentaram índices de adoecimento dos profissionais devido à pressão e sofrimento sentido por eles durante a comunicação de más notícias, como exemplo, eles podem desenvolver depressão, ansiedade e Burnout. Por fim, um estudo (A05) apresentou também dados ao adoecimento e insegurança dos profissionais relacionados ao alto nível de exigência desses profissionais pela sociedade.

Quadro 13 – Relação de estudos que apresentam a preparação dos profissionais da saúde frente à comunicação de más notícias.

CÓDIGO	PREPARAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE
A03	O estudo apresenta que os profissionais da saúde estão poucos preparados para realizarem a comunicação de más notícias, visto que os pacientes demonstram guardar memórias negativas, não apenas pelo teor, mas pela forma como foi transmitida.
A05	A literatura mostra insegurança e ansiedade do profissional da saúde, quando realiza a comunicação de más notícias.
A06	O estudo apresenta um olhar da enfermagem, este mostra que o profissional por não possuir em sua formação acadêmica a abordagem do tema comunicação de más notícias, o profissional fica despreparado profissionalmente, assim apresentando dificuldades na comunicação, prejudicando as práticas de cuidados.
A07	De acordo com texto, 20% dos pacientes que participaram do estudo classificaram a comunicação de uma má notícia recebida como ruim ou péssima, já em outro estudo 21,5% dos entrevistados classificaram a comunicação parcialmente ou totalmente inadequada.
A08	De acordo com o estudo a maioria dos profissionais da saúde relata não sentir preparados para realizar a comunicação de más notícias.
A09	No estudo 29,18% dos entrevistados relataram que consideram o profissional despreparado para a comunicação da má notícia recebida.
A10	De acordo com o resultado dos estudos há a necessidade de melhorar a instrução dos médicos em relação à comunicação de más notícias, visto que foi visto que os profissionais estão despreparados para realizar esse tipo de comunicação.
A13	Foi relatado pelas gestantes aspectos negativos em relação à interação médico paciente durante a comunicação do diagnóstico de má formação congênita, elas relataram uma postura pouco acolhedora do médico durante a comunicação. Esses relatos mostra a necessidade do preparo do profissional da saúde para realizar a comunicação de más notícias para facilitar a adesão ao tratamento, além de amenizar o sofrimento desencadeado pelo diagnóstico.

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 13 expõe os estudos que apresentam a preparação do profissional da saúde em realizar comunicação de más notícias, assim, dos 15 estudos selecionados, oito (53,33% - gráfico 01 apresentado abaixo) apresentam a preparação dos profissionais.

Dessa forma, quatro dos estudos (A03, A06, A07 e A09), a partir de coleta de dados com pacientes, os profissionais da saúde são pouco preparados e apresentam dificuldades em realizar a comunicação de más notícias, visto que os pacientes classificam a comunicação como ruim ou péssima. Três estudos (A05, A08 e A10) mostraram que os profissionais se sentem despreparados, sentindo insegurança e ansiedade durante a comunicação da má notícia. Dois estudos (A10 e A13) apresentam que há necessidade de melhora nas instruções dos profissionais da saúde para realizar esse tipo de comunicação, e por fim, um estudo (A13)

apresentou que os profissionais da saúde apresentam uma postura pouco acolhedora durante a comunicação da má notícia.

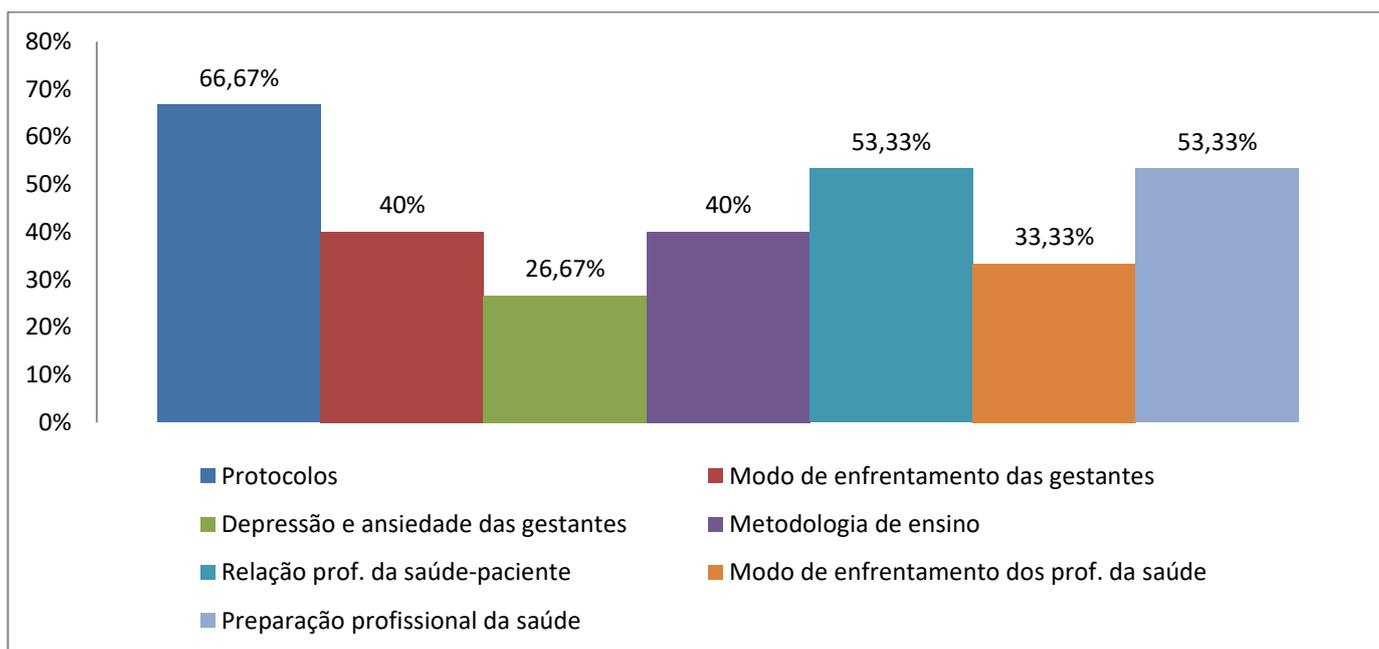
Nascimento (2006) apresentou três fatores que influenciam na reação familiar sendo eles: a condição da doença, o contexto que a informação foi apresentada, participação dos familiares e como foi realizada a informação pelo profissional da saúde, assim influenciando em como o paciente e seus familiares irão reagir a comunicação. Dessa forma, a autora levantou que a maneira mais eficaz de realizar a comunicação e informação é através do planejamento do melhor momento, além de ser importante a observação por parte do profissional na necessidade que a família apresenta em relação ao suporte emocional.

Tabela 3 – Número e porcentagem de artigos e dissertações por tema.

TEMA	N (nº de estudos)	%
Protocolos	10 dos 15 selecionados	66,67
Modo de enfrentamento das gestantes	06 dos 15 selecionados	40
Depressão e ansiedade das gestantes	04 dos 15 selecionados	26,67
Metodologia de ensino	06 dos 15 selecionados	40
Relação prof. da saúde-paciente	08 dos 15 selecionados	53,33
Modo de enfrentamento dos prof. da saúde	05 dos 15 selecionados	33,33
Preparação profissional da saúde	08 dos 15 selecionados	53,33

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 1 – Porcentagem de artigos e dissertações por tema.



Fonte: Dados da pesquisa.

Como visto na Tabela 3 e Gráfico 1, o tema mais discutido entre os artigos e dissertações selecionadas está relacionado com os protocolos utilizados entre os profissionais da saúde, sendo, 66,67% dos 15 estudos. Seguindo pelos temas de metodologias de ensino aos profissionais da saúde e preparação dos profissionais da saúde, ambos com 53,33% dos 15 estudos. 40% dos estudos apresentam temas como modo de enfrentamento das gestantes frente ao recebimento de uma má notícia e metodologias de ensino em relação à comunicação de más notícias. 33,33% discutem o tema modo de enfrentamento dos profissionais da saúde e 26,67% discutem a depressão e ansiedade das gestantes quando recebido uma má notícia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o trabalho possibilitou conhecer as repercussões para as gestantes frente à comunicação de problemas gestacionais, ou seja, más notícias, pelos profissionais da saúde, assim o objetivo geral do respectivo trabalho foi atingido.

Assim, pode-se observar que as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para a realização da comunicação de problemas gestacionais, em geral, foi a utilização do protocolo Spikes, no qual apresenta fases a serem seguidas pelos profissionais da saúde facilitando a comunicação, além de realizarem a comunicação da má notícia de forma presencial, com empatia, oferecendo suporte emocional ao paciente e assim auxiliando na melhor compreensão do diagnóstico recebido.

Nos casos das gestantes que recebem a má notícia de uma gestação de risco ou perda gestacional normalmente elas apresentam como reação a vivência do luto do filho/gestação idealizada, assim elas passam pela fase de negação, adaptação e por fim aceitação do diagnóstico, além elas utilizam de práticas religiosas como meio de enfrentamento, ou seja, elas se apegam à fé para a vivência do processo de luto. Esse diagnóstico ruim pode repercutir nas gestantes sintomas de ansiedade e depressão, visto que indicadores desses são elevados nas mulheres que recebem esse tipo de comunicação, isso pode ser observado devido à incerteza do futuro da gestação.

Para a realização da comunicação de más notícias é importante que o profissional da saúde possua em sua grade curricular na graduação ou na especialização/atualização a abordagem do tema comunicação de más notícias. No presente estudo foi visto que como metodologia de ensino do respectivo tema pode se utilizar a dramatização, role-playing, workshops, aulas expositivas, vídeos didáticos, filmes, além da observação de outros profissionais e de estágios práticos. Como maneira de facilitar o acesso e baratear o ensino da comunicação de más notícias pelos profissionais da saúde pode-se utilizar a internet como ferramenta.

Na comunicação de más notícias, a relação profissional da saúde-paciente tem grande influência, pois quando ela é estabelecida de maneira adequada o profissional consegue possibilitar a autonomia do paciente nas escolhas de seu tratamento, além de facilitar o acolhimento das gestantes durante o diagnóstico. Quando a relação é bem estabelecida pode-se observar confiança por parte do paciente em relação ao profissional e acolhimento por parte do profissional frente ao paciente. Essa comunicação de um diagnóstico ruim quando

ocorre dentro de uma relação profissional-paciente bem estabelecida, pode-se ver uma melhor adesão ao tratamento por parte do paciente. Aspectos que podem interferir nessa relação são: envolvimento emocional, a diferença de posição social, a diferença de conhecimento e as dificuldades de compreensão do paciente devido à falta de conhecimento clínico.

Observou-se que esses profissionais que realizam a comunicação de más notícias, no geral, apresentam como modo de enfrentamento mecanismos de defesa como a evitação, devido aos sentimentos de frustração, tristeza, angústia, desespero, raiva, culpa. Foi visto também que esses profissionais sentem-se desconfortáveis em realizar as comunicações de más notícias, devido às dificuldades em lidar com as emoções dos pacientes. Por conta desses sentimentos, os profissionais podem desenvolver depressão, ansiedade e Burnout, além, essa insegurança dos profissionais está relacionada ao alto nível de exigência desses profissionais pela sociedade.

Por fim, foi visto que os profissionais da saúde frente à comunicação de más notícias não estão preparados para realizar esse tipo de comunicação, mostrando uma necessidade de melhora no ensino dos profissionais, podendo ser observado à postura pouco acolhedora durante a comunicação.

Os dados obtidos são de aplicabilidade para a prática da Psicologia podendo propor atuação efetiva na comunicação de más notícias às gestantes, facilitando a comunicação e reduzindo os estressores da comunicação para as gestantes. Não apenas à Psicologia, o respectivo estudo auxilia outros profissionais da saúde como da Medicina, Enfermagem e Fisioterapia na realização da comunicação através de uma forma mais efetiva. Além, observa-se a necessidade de incluir na grade curricular dos profissionais da saúde a aprendizagem da comunicação de más notícias, visto que os profissionais sentem-se desconfortáveis com a realização e não preparados.

Visto que não há muitos estudos que propõe metodologias de ensino para a comunicação de más notícias, seriam de extrema importância estudos que desenvolvam e busque métodos efetivos de ensino. Além, da importância de novos estudos frente ao impacto da comunicação de más notícias de maneira inadequada nas gestantes, na qual pode desencadear sintomas de depressão e ansiedade por essas gestantes, e sobre o modo de enfrentamento dos profissionais da saúde ao comunicar uma má notícia, devido à ideia cultural que o profissional da saúde não pode expor suas emoções, assim muitos profissionais acabam não sabendo lidar com essas emoções ou até mesmo chegam a adoecer.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 552-558, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300004&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde soc.**, São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, Julho 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.
- BORGES, M. M.; PETEAN, E. B. L. Malformação fetal: enfrentamento materno, apego e indicadores de ansiedade e depressão. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 137-148, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000400675&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.
- CUNHA, A. C. B. da et al. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 601-611, dez. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400601&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 06 nov. 2020.
- CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 35, n. 4, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=445577&indexSearch=ID>. Acessado em 29 maio 2020.
- DARZE, O. I. S. P.; JÚNIOR, U. B. Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva durante o ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 155-164, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400155&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 06 nov. 2020.
- DINIZ, S. S. et al. Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, 16(3):146-51, abr-jun, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047940>. Acessado em 06 nov. 2020.
- FIOROTTI, K. F. et al. Ansiedade em Puérperas em Maternidade de Alto Risco. **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, 13 (5): 1300-7, maio, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024298>. Acessado em 29 maio 2020

FONTES, C. M. B. et al. Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1089-1095, Outubro 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D.; BONAMIGO, E. L. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 318-325, Junho 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000200318&lng=en&nrm=iso. Acessado em 06 Nov. 2020.

GAZZOLA, L. P. L.; LEITE, H. V.; GONCALVES, G. M. Comunicando más notícias sobre malformações congênitas: reflexões bioéticas e jurídicas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 38-46, Mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100038&lng=en&nrm=iso. Acessado em 06 Nov. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, L.C.; FRAGA, M. N. O. Doenças, Hospitalização e Ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 425-440, jul/set, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671997000300010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

GRAÇA, C. S. S. **Comunicação Pré-Natal: impacto da perda gestacional precoce**. Tese (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Lisboa, 2018. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36717/1/ulfpie053186_tm_tese.pdf. Acessado em 29 maio 2020.

GUERRA, F. A. R.; MIRLESSE, V.; BAIÃO, A. E. R. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2361-2367, May 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500002&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

GUERRA, V. V. J. et al. Diabetes Gestacional e Assistência Pré-Natal no Alto Risco. **Rev. Enfermagem UFPE online**, Recife, 13(2): 449-54, fev., 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010227>. Acessado em 29 maio de 2020.

KLEIN, M. M. S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400016&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

KOCH, C. L.; ROSA, A. B.; BEDIN, S. C. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 577-584, dez. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300577&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 06 nov. 2020.

KRIEGER, M. V. **Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes**. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação das IES FIOCRUZ, UFRJ, UFF e UERJ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24087/2/ve_Mabel_Viana_ENSP_2017.pdf. Acessado em 02 novembro 2020.

MARIANO, M. S. B. et al. Mulheres com Síndromes Hipertensivas. **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, 12(6): 1618-24, jun., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230780>. Acessado em 29 maio 2020.

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 81-86, mar. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000100010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

MENDES, K. DS.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 17(4), p.758-764, Out-Dez, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Manual Técnico Gestação de Alto Risco**. Brasília: Editora MS/DF, 5º ed., 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em 29 maio 2020.

MIRANDA, J. M.; SOARES, A. B. Habilidades sociais e autoeficácia de médicos e enfermeiros: um estudo comparativo. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 48, n. 1, p. 138-153, Abril 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2014v48n1p138>. Acessado em 29 maio 2020.

NASCIMENTO, A. C. A. **Resiliência e sensibilidade materna na interação mãe-criança com fissura labiopalatina**. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas - SP, Brasil, 2006. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/360>> Acessado em 29 maio 2020.

NETO, J. A. C. et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, 23(4): 518-525, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-704944>. Acessado em 06 nov. 2020.

NONINO, A.; MAGALHAES, S. G.; FALCAO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 228-233, Junho, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400011&lng=en&nrm=iso. Acessado em 06 Nov. 2020.

OSTERMANN, A. C. et al. Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037716, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805003&lng=en&nrm=iso. Acessado em 06 Nov. 2020.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, Agosto, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

ROCHA, L. et al. A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, 2016, 20:e981. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-907924>. Acessado em 06 nov. 2020.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 3, p. 559-566, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300559&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>. Acessado em 29 maio 2020.

SILVA, M. R. C. et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. Enferm. URJ**, Rio de Janeiro, p. 792-797, Dezembro, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12295/9571>. Acessado em 29 maio 2020.

SOUTO, D. C.; SCHULZE, M. D. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 173-184, dez. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300012&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 06 nov. 2020.

SOUZA, J. S. **Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modos de Enfretamento**. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Psicologia Hospitalar e Psicossomática, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –PUC-SP. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15909>. Acessado em 29 maio 2020.

VASCONCELOS, L. **Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante**. Dissertação mestrado. Programa de pós-graduação em psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2009. Disponível em: https://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/20_05_2010__10_50_26__43.pdf. Acessado em 06 nov 2020.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 69-82, 2009. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000100006&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 29 maio 2020.