

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica,**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Transmissão e Gestão de Más Notícias à Pessoa**  
**com Doença Oncológica e Família: Intervenção**  
**de Enfermagem**

**Mafalda Alexandra Monteiro Ferreira**

**Lisboa**

**2017**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a large green swirl that transitions into three horizontal, slightly curved lines of varying shades of green, mirroring the ESEL logo.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica,**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Transmissão e Gestão de Más Notícias à Pessoa com**  
**Doença Oncológica e Família: Intervenção de**  
**Enfermagem**

**Mafalda Alexandra Monteiro Ferreira**

Orientadora: Professora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa**

**2017**

## AGRADECIMENTOS

Este foi um longo percurso em que, metáforas e simbolismos à parte, fui confrontada com desafios profissionais e pessoais. Apesar dos contratemplos que foram surgindo, consegui chegar a este momento, com resiliência, perseverança, alguma dose de loucura e muito companheirismo. Deste modo, não me faria sentido viver este momento sozinha, quando eu sou tão mais feliz por poder partilhar o meu caminho com as pessoas especiais da minha vida, a quem gostaria de agradecer.

Tenho de começar por ti, Fábio, por seres a minha metade: pelo apoio incansável, pela paciência, por me transmitires calma, por saberes o que me preocupa só de olhar para mim e por sossegares a minha teimosia. Não sabemos que aventuras a vida nos reserva, mas quero vivê-las contigo. Teremos sempre a nossa janela com a chuva lá fora!

À minha Família, claro, porque vocês são o meu forte: somos poucos mas somos bons, fortes e unidos! Obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando estava mais desanimada e quando, às vezes, deixava a dúvida ganhar terreno. Agora num tom ainda mais intimista: Mãe, Pai, Marco e Avós, eu quero que saibam o quanto vos admiro e só posso ser quem sou graças a tudo o que temos crescido juntos! Obrigada!

Manel: onde quer que estejas, sei que estás orgulhoso de mim, a tua joinha! Acompanhaste o meu percurso, motivaste-me a prosseguir, mesmo quando precisavas da minha presença. Este momento é também dedicado a ti, de uma forma que recentemente ganhou um significado ainda mais especial.

Aos meus amigos, porque são a família que escolhi e não só estiveram sempre ao meu lado, como também compreenderam a minha ausência. Tenho de vos agradecer a todos, mas seria ingrato da minha parte não mencionar alguns de vocês: Rita, Bruno, Viviana, Manuska, Careca, Andreia, Emanuel, David, Catarina, vocês fazem parte da banda sonora da minha vida. Sem vocês este percurso teria sido mais ao tom de "*Highway to Hell*" dos AC/DC e, assim, foi mais ao ritmo de "*Don't stop me now*" dos Queen!

Mário e Inês, a vocês tenho de fazer um agradecimento especial porque acompanharam este percurso de uma perspetiva diferente e, sem vocês, isto não

tinha sido tão divertido: só por vos ter ao meu lado, este percurso já me fez mais rica!

Professora Patrícia, obrigada pelo seu apoio, orientação e horas de trabalho, por ter assumido este percurso como “nosso”. Obrigada por me ter ouvido em todos os momentos e por me ajudado a trilhar este caminho!

É um caminho difícil, trabalhoso, mas não é impossível. E, apesar das muitas horas de trabalho, é com um grande sorriso que relembro a maior parte dos momentos vividos ao longo dos últimos meses. E, sem todos vocês, isso não teria sido possível!

Esta foi mais uma grande viagem: venham as próximas! OBRIGADA!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS: Direção Geral da Saúde

EONS: *European Oncology Nursing Society*

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

STM: Serviço de Transplantes de Medula

## RESUMO

O processo de transmissão e gestão de más notícias em oncologia é, por si, complexo e suscetível de ser fonte de desconforto para todos os intervenientes (Buckman, 2005). O enfermeiro assume-se como um elemento chave neste processo, sendo essencial esclarecer, definir e valorizar a sua intervenção (Warnock et. al, 2010). No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Enfermagem Oncológica, foi realizado um estágio onde se pretendeu: desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, bem como promover a melhoria dos cuidados de enfermagem no serviço em que trabalhava. Este documento constitui o relatório desse estágio, onde se analisa e reflete criticamente sobre este trajeto, abordando as aprendizagens, assim como os resultados obtidos. O estágio foi realizado num Serviço de Transplante Medular, num Serviço de Cuidados Paliativos e numa Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos. Ao abordar esta temática, fica patente a influência de todos os intervenientes na relação terapêutica, num contexto de intersubjectividade, seleccionando-se a Teoria Transpessoal de Jean Watson enquanto referencial teórico.

Com este percurso foi possível desenvolver as competências propostas, atingindo o nível de proficiente (Benner, 2001). Para tal recorri à pesquisa de evidência científica, à observação da prática e à prestação de cuidados, bem como à construção de documentos de apoio à prática. Para além disso, considerando que a reflexão é um instrumento de aprendizagem, recorri igualmente à reflexão escrita. Simultaneamente à realização do estágio foram desenvolvidas atividades no serviço de Medicina em que trabalhava, que contribuíssem para a capacitação da equipa de enfermagem para a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Futuramente, perspetivo prosseguir e aprofundar a formação nesta área, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** Más notícias, Comunicação, Cuidados de enfermagem, Doente oncológico e Família.

## **ABSTRACT**

The process of breaking and managing bad news in oncology is, by itself, complex and susceptible of being source of discomfort for all the participants (Buckman, 2005). The nurse assumes itself as a key element in this process, being essential to clarify, define and value nursing's intervention (Warnock et. al, 2010). Within the 7<sup>o</sup> Master Degree, Specialization in Medical Surgical Nursing, Oncology Nursing, was performed an internship with the objective of: developing general skills of specialist nurse and specific skills of specialist nurse in Person in a chronic and palliative situation in what concerns the breaking and managing bad news to the person with cancer and her/his family, as well as to promote the improvement of nursing care in the ward I was working. This document constitutes the report of that internship, which has the goal to analyse and reflect in a critical way about this journey, approaching the process of learning and the results obtained. The internship was performed in a Medullar Transplantation Service, in a Palliative Care Unit and in an Inpatient Interdisciplinary Palliative Consult Team. By approaching the theme of breaking bad news, it is evident the influence of all the participants in the therapeutic relationship, in an intersubjectivity manner. This justifies the selection of Watson's Caring Science Theory as theoretical background.

With this journey was possible to develop the necessary skills, achieving the proficient nurse level (Benner, 2001). For this to be conceivable, I researched scientific evidence, observed the practice, as well as I provided nursing care to the oncology patient and family. I also have to underline the relevance of having documents developed to support the practice. Besides that, and considering that the reflection is a learning instrument, I have written critical reflections. Simultaneously to the internship, I developed activities to undergo in the Medical Service I was working in the beginning of this Master. With these activities I had the objective of contributing to the development of nursing team skills in what concerns the breaking and managing of bad news to the cancer patient and family. In the future, I have the prospective of deepen the studies in this area, promoting the improvement of nursing care.

**Key-words:** Bad news, Communication, Nursing Care, Cancer patient and Family.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	Pág. 10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	Pág. 14
2.1. Comunicação em Enfermagem	Pág. 14
2.2. A Transmissão e Gestão de Más Notícias à pessoa com doença oncológica e família	Pág. 16
2.3. Filosofia de cuidados: A Teoria Transpessoal de Jean Watson	Pág. 23
3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	Pág. 26
3.1. Serviço de Transplantes de Medula	Pág. 27
3.2. Serviço de Cuidados Paliativos	Pág. 40
3.3. Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos	Pág. 50
4. AVALIAÇÃO	Pág. 61
5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	Pág. 65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 67

## APÊNDICES

**Apêndice I:** Sondagem de Opinião por Escrito

**Apêndice II:** Resultados de Sondagem de Opinião por Escrito

**Apêndice III:** Caracterização dos Locais de Estágio

**Apêndice IV:** Plano de Sessão de Formação da Apresentação do Projeto  
“Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família:  
intervenção de enfermagem”

**Apêndice V:** Folha de Avaliação de Sessão de Formação

**Apêndice VI:** Intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias  
à pessoa com doença oncológica - *Scoping Review*



**Apêndice VII:** Plano de Sessão de Formação “*Scoping Review*: contextualização e metodologia”

**Apêndice VIII:** *Checklist* com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias

**Apêndice IX:** Registo da observação de episódios de interação, com recurso à *Checklist* com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias

**Apêndice X:** 1ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

**Apêndice XI:** 2ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

**Apêndice XII:** Plano de Sessão de Formação “Sondagem de opinião por escrito: apresentação dos resultados”

**Apêndice XIII:** 3ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

**Apêndice XIV:** 4ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

**Apêndice XV:** Plano de Sessão de “*Journal Club*”

**Apêndice XVI:** 5ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

**Apêndice XVII:** 6ª Reflexão Crítica de Aprendizagem

**Apêndice XVIII:** Sondagem de Opinião de Diagnóstico de Situação

**Apêndice XIX:** Resultados da Sondagem de Opinião de Diagnóstico de Situação

**Apêndice XX:** Plano de Sessão de Formação “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: competência de enfermagem”

**Apêndice XXI:** Plano de Sessão de Formação “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: intervenção de enfermagem”

**Apêndice XXII:** *Poster* “Transmissão e gestão de más notícias:

Protocolo S-P-I-K-E-S

**Apêndice XXIII:** Guia Orientador para os Enfermeiros sobre a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família

**Apêndice XXIV:** Folha de Avaliação das Sessões de Formação num Serviço de Medicina

## **ANEXOS**

**Anexo I:** Artigo Científico “*Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study*” (Caswell et. al, 2015)

## 1. INTRODUÇÃO

A realização deste relatório é o culminar de um percurso de estágio realizado no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, com o intuito de desenvolver competências enquanto enfermeira especialista<sup>1</sup> em enfermagem médico-cirúrgica, área de intervenção em enfermagem oncológica e promover a melhoria de cuidados, no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Esta temática surgiu a partir de uma necessidade de formação que era não só pessoal, mas também dos enfermeiros do serviço em que trabalhava quando este percurso formativo teve início (aspetos que abordarei mais adiante). Para além disso, é ainda vital referir que a transmissão e a gestão de más notícias são abordadas na literatura como fatores relevantes no cuidar da pessoa doença oncológica/família.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as doenças crónicas como a principal causa de mortalidade no mundo, enquadrando-se o cancro no grupo destas doenças. Em 2014, a nível nacional, a OMS estimou as doenças crónicas como causa de 86% da totalidade das mortes ocorridas, assumindo o cancro a segunda maior percentagem (28%) imediatamente a seguir às doenças cardiovasculares (OMS, 2014). As doenças oncológicas são complexas, exigem uma abordagem multidisciplinar e têm, assim, um grande impacto ao nível social e económico, sendo um dos programas nacionais prioritários da Direção Geral de Saúde (DGS) desde 2012. Nesse ano, a incidência de doenças oncológicas em Portugal foi de 49174 casos, estimando-se que em 2035 esse número aumente para 63778 (OMS, 2012). O cancro é ainda uma patologia com conotação negativa, relacionada com metáforas bélicas e com a morte. Segundo Siddhartha Mukherjee (2012), autor da obra “O Imperador de Todos os Males”, o cancro é uma doença antiga “(...) que se transformou numa entidade letal de forma variável, imbuída de um poder metafórico, médico, científico e político tão penetrante que é, muitas vezes, descrita como a praga da nossa geração.” (pág. 17).

As doenças oncológicas têm uma grande conotação de incerteza e são suscetíveis de provocar uma intensa reposta emocional. Deste modo, é fundamental

---

<sup>1</sup> Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2011, pág. 2).

adequar a intervenção de enfermagem ao contexto vivido pela pessoa (Pereira, 2005). O cancro exige uma grande necessidade de reajustamento face às alterações que vai acarretar para os diferentes papéis desempenhados pela pessoa, seja a nível pessoal, familiar, profissional, social, entre outros (Cassidy, Bissett & Obe, 2002). É crucial ter em consideração que o impacto do cancro não se restringe à pessoa a quem a doença é diagnosticada, estendendo-se à família. A família é confrontada com necessidades de reorganização e redistribuição de tarefas. O cancro transforma-se numa doença familiar, dado que o impacto do mesmo é vivido por todos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

A vivência da doença é, assim, subjetiva (McCray, 2000), sendo a comunicação uma necessidade básica no cuidar do doente e família (Querido, Salazar e Neto, 2010). A comunicação encontra-se na base da relação estabelecida entre o enfermeiro e doente, sendo assim possível aceder aos significados que a pessoa atribui às suas vivências (Travado & Reis, 2015). Esta constitui uma ação autónoma de enfermagem suscetível de ter grande impacto na prestação de cuidados. É de realçar que a comunicação terapêutica tem um cariz técnico e pressupõe o desenvolver de competências (Stefanelli, Carvalho & Arantes, 2005), acrescentando que os enfermeiros devem ter a oportunidade de aprender a comunicar perante assuntos difíceis (Baer, 2013).

A temática da transmissão e comunicação de más notícias<sup>2</sup> surge, assim, inserida no domínio da comunicação. Este é um processo que é, por si, desafiador e complicado, suscetível de ser fonte de desconforto tanto para a pessoa e família, como também para o profissional, já que falar sobre estes assuntos é difícil. É, assim, passível de existir uma conotação de vulnerabilidade associada aos cuidados em oncologia: do doente e da família por tudo aquilo que estão a vivenciar e pela necessidade de readaptação constante; dos profissionais de saúde, pela perícia e treino que exigem as técnicas comunicacionais, pelo desconhecimento de estratégias e protocolos de atuação neste âmbito, bem como pela necessidade de gerir as suas próprias emoções. Uma má notícia vai além da transmissão de um diagnóstico ou prognóstico, constituindo qualquer notícia que tenha impacto adverso nas expectativas da pessoa para o seu futuro (Buckman, 1984). Os enfermeiros têm

---

<sup>2</sup> A classificação de algo como “má notícia” depende da interpretação de cada pessoa. Remete para toda a informação que apresente um impacto negativo e que contribua para mudar as suas perspetivas futuras (Buckman, 1984).

um papel-chave no âmbito desta temática, sendo essencial identificar, reconhecer e valorizar as intervenções de enfermagem, investindo no desenvolvimento de competências que reflitam e fundamentem a sua atuação (Warnock, 2014). Ao abordar a transmissão e gestão de más notícias, fica patente a influência de todos os intervenientes na relação terapêutica, num contexto de intersubjectividade. Ao considerar estes aspectos, seleccionou-se a Teoria Transpessoal de Jean Watson enquanto referencial teórico que sustenta o presente percurso. Watson (2002) defende uma perspetiva humanista em combinação com a evidência científica. Pressupõe-se que os enfermeiros prestem cuidados de modo a trabalhar em conjunto com a pessoa/família, facilitando a adaptação ao processo de doença e reestruturação de objetivos. Esta teórica sublinha que todos os intervenientes da relação terapêutica têm importância para os resultados em saúde, enaltecendo a relevância da comunicação (Watson 2002).

O meu interesse pessoal nesta área, associado à evidência científica consultada, contribuiu para que sentisse a necessidade de melhorar a minha prática no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Quando este percurso se iniciou, encontrava-me a exercer funções num serviço de Medicina, confrontando-me frequentemente com o cuidar da pessoa com doença oncológica e verificando que a vivência desse processo de doença apresenta diversos momentos de transmissão e gestão de más notícias: quer seja ao nível do diagnóstico, da realização ou não de tratamentos, do controlo sintomático, dos dias repletos de incerteza, entre outros. Posto isto, fui refletindo sobre os meus sentimentos de fragilidade sempre que me via confrontada com situações de transmissão e gestão de más notícias no decorrer de um turno.

Para além disso, partilhar estes pensamentos com colegas da equipa de enfermagem do serviço em questão possibilitou constatar informalmente que estas dificuldades eram também partilhadas por outras pessoas. Deste modo, foi aplicada uma sondagem de opinião por escrito a cerca de 81% da equipa de enfermagem (Apêndice I). Da análise de resultados (Apêndice II) emergiu que 94,44% dos enfermeiros que responderam à sondagem classificava esta temática como algo difícil e que 77,78% afirmaram que não se sentem preparados para a transmissão e gestão de más notícias no cuidar da pessoa com doença oncológica e família. O desconforto (61,11%) e a impotência (61,11%) foram as opções selecionadas pelos

enfermeiros da amostra como sendo as emoções mais suscetíveis de surgir face à transmissão e gestão de más notícias. Por sua vez, a falta de articulação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar (75%), a carência de formação específica em técnicas de comunicação (66,7%) e o receio de não saber como gerir as respostas emocionais e físicas que podem advir da transmissão e gestão de más notícias (63,89%) foram as dificuldades mais apontadas. Esta conjuntura marcou o ponto de partida deste percurso, formulando-se como questão de pesquisa: “Quais as estratégias de comunicação do enfermeiro no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família?”.

Deste modo, construí um projeto de formação e de intervenção que implicou realizar um estágio em 3 contextos, entre 26 Setembro de 2016 e 10 Fevereiro de 2017: num Serviço de Transplantes Medulares, num Serviço de Cuidados Paliativos e numa Equipa Intra-hospitalar em Cuidados Paliativos. Por motivos alheios ao meu percurso formativo, a realização do estágio no serviço onde trabalhava foi indeferido. Contudo, foram planeadas e desenvolvidas atividades pontuais para contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem desse serviço de Medicina de um hospital de Lisboa, tendo eu a agradecer toda a sua disponibilidade e recetividade. A elaboração deste relatório tem, assim, o intuito de analisar e refletir criticamente sobre este percurso, abordando as experiências vividas e as aprendizagens implícitas. Assim, foram estabelecidos como objetivos: apresentar as atividades desenvolvidas ao longo dos contextos e os seus resultados; refletir sobre as aprendizagens efetuadas e sobre as competências que foram desenvolvidas. De modo a atingir os objetivos delineados, propus-me a desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010), competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011) e competências da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2013).

No que diz respeito às principais etapas do relatório, este encontra-se dividido em: Introdução; Enquadramento Teórico inerente à temática; Execução das atividades previstas (explicitando os recursos metodológicos utilizados, as atividades desenvolvidas e a discussão dos resultados obtidos); Avaliação (realiza-se uma análise SWOT, aborda-se de que modo este percurso contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como se reflete sobre a prática de cuidados e de como promover a sua melhoria) e Conclusões e perspetivas futuras.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo irá realizar-se um enquadramento teórico da temática em estudo. Primeiramente procede-se a uma abordagem de aspetos relacionados com a comunicação em enfermagem. Seguidamente, abordam-se noções teóricas relacionadas com a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, bem como o papel do enfermeiro no âmbito deste processo. Para finalizar esclarece-se a seleção da Teoria Transpessoal de Jean Watson enquanto filosofia de cuidados que sustentou o percurso formativo apresentado neste relatório.

### **2.1. Comunicação em Enfermagem**

O cancro tem uma grande conotação de incerteza e provoca profundas alterações na vida da pessoa, havendo diversos fatores que contribuem para a necessidade de adaptação e reajustamento, bem como para que a comunicação assuma uma grande relevância no âmbito da oncologia (Barbero et. al, 2005; Magnusson & Robinson 2000; Onan et. al, 2015).

Segundo Phaneuf (2002), “A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal e, de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.” (p. 23). Existe sempre alguém (o emissor) com necessidade de transmitir algo (a mensagem) e que interage com outra pessoa (recetor). O emissor adapta a maneira como transmite a mensagem ao recetor (codificação) e o modo como a envia (canal). O recetor irá descodificar a mensagem (verbal ou não-verbal), interpretá-la e codificar a mensagem de retorno. Numa interação, ambos os intervenientes desempenham o papel de emissor e de recetor (Riley, 2000; Stefanelli, 2005).

Torna-se importante definir que a comunicação terapêutica é a competência dos profissionais de saúde em utilizar os seus conhecimentos em comunicação para a prestação de cuidados, no sentido de apoiar a pessoa em crise e promover a sua autonomia, pressupondo o desenvolvimento de relações interpessoais (Travado & Reis, 2015). Embora a comunicação esteja presente em tudo na nossa vida, os aspetos comunicacionais no contexto de saúde/doença tomam um significado

especial (Barbero et al, 2005). A pessoa doente encontra-se num momento de crise, caracterizado por maior vulnerabilidade, e o enfermeiro influencia-a com o seu papel profissional (Phaneuf, 2002). Tal justifica a importância de uma utilização consciente desta técnica, uma vez que tudo o que é falado, demonstrado ou visto comunica algo à pessoa doente e que é alvo de interpretação (Riley, 2000). Segundo Querido, Salazar & Neto (2010), “O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente.” (p. 463). As características do enfermeiro têm uma importância crucial no modo como o processo de comunicação se desenvolve (Stefanelli, 2005). Isto vai ao encontro do que é defendido por Watson (2002), ao afirmar que todos os intervenientes são determinantes na relação terapêutica, pretendendo o enfermeiro ajudar a pessoa a encontrar significado na sua existência.

No que diz respeito à comunicação verbal, é essencial adaptar o vocabulário à pessoa com a qual estamos a contactar. Deve-se evitar terminologia técnica, excepto se a pessoa com a qual estamos a comunicar for profissional de saúde. Caso não se tenha isto em consideração, irá haver grande risco da ocorrência de erros de conteúdo, o que pode levar a dificuldades de compreensão, aumento de níveis de *distress*, expectativas irrealistas e sentimentos de culpabilização (Caswell et. al, 2015; Querido, Salazar & Neto, 2010). Para além disso, é importante ter em consideração aspetos como: não falar sem compreender aquilo que a pessoa sabe e quer saber; clarificar ideias; falar de modo concreto; dar informação de forma faseada validando a compreensão do recetor; possibilitar a existência de silêncios; evitar respostas de sim/não; utilizar verbalizações mínimas para encorajar o discurso da pessoa (“hummm” e “sim...”) e estar atento ao conteúdo emocional subjacente ao discurso da pessoa (Phaneuf, 2002; Riley, 2000; Stefanelli, 2005; Travado & Reis, 2015).

Quando um profissional de saúde interage com uma pessoa doente e/ou familiar, deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não-verbal: cinésica (linguagem do corpo), tacésica (o toque), proxémica (espaços e distância entre os intervenientes) e paraverbal (tom de voz e ênfase das palavras). Ao nível da comunicação paraverbal, os sons transmitem sentimentos e características de personalidade, possibilitando uma melhor compreensão e utilização dos silêncios (Stefanelli, 2005). As estratégias não-verbais são uma extensão e exteriorização da



atenção manifestada pelo enfermeiro (Phaneuf, 2002). Existem sinais que enviamos que não conseguimos controlar (como por exemplo, ficar ruborizados durante uma conversa ou a dilatação pupilar), mas existem outros que são voluntários, como olhar a pessoa nos olhos ou a postura corporal. É importante estar atento aos movimentos corporais e à postura, dado que nenhum desses fatores é destituído de significado ou de sinais que são enviados à outra pessoa. Neste sentido, é fundamental ter uma postura de escuta ativa: ter em conta o contacto visual e a expressão facial (considerar a influência de aspetos como franzir de sobrancelhas, cerrar dos lábios ou do maxilar, bocejar, sorrir), estar ao mesmo nível da pessoa, evitar distrações ou posturas corporais de desinteresse, evitar cruzar os membros superiores e inferiores, evitar gestos que transmitam insegurança (como bater com os pés no chão, movimentos repetitivos dos dedos, morder os lábios, mexer no cabelo), entre outros. Para além disso, é importante estar atento aos sinais não-verbais emitidos pela pessoa com quem estamos a comunicar de modo a interpretá-los (Phaneuf, 2002; Riley, 2000; Stefanelli, 2005).

Contudo, também nos processos comunicacionais, é preciso ter sensibilidade cultural e adaptar a comunicação a pessoas que tenham práticas e características distintas das nossas (Riley, 2000). Com o aumento de incidência e prevalência de doenças crónicas, as técnicas de comunicação são um instrumento extremamente útil que pode constituir um elemento facilitador de adaptação (Razavi, Delvaux & Hopwood, 1997). Deste modo, considero que desenvolver e treinar estas estratégias comunicacionais são fatores vitais para se estabelecer uma comunicação eficaz com a pessoa doente e família. Tal irá possibilitar que o enfermeiro tenha consciência dos seus pontos fortes e das suas fragilidades, bem como que reflita sobre os mesmos, adequando as estratégias comunicacionais e sentindo-se menos desconfortável face a situações mais complexas, como por exemplo a transmissão e gestão de más notícias.

## **2.2. A Transmissão e Gestão de Más notícias à pessoa com doença oncológica e família**

As doenças oncológicas representam uma problemática com grande impacto na saúde da população, não só pela incidência, morbilidade e mortalidade, mas

também pelas modificações que acarretam para a vida da pessoa e da sua família (Sousa, 2015). Apesar de cada percurso de doença ser singular, existem momentos chave no decurso da doença oncológica que contribuem para que tanto os profissionais de saúde como a pessoa doente e família se deparem com desafios comunicacionais: o diagnóstico, o prognóstico, a discussão sobre a realização ou não de tratamentos, os efeitos secundários associados aos tratamentos realizados, a recidiva, a necessidade de realizar testes genéticos e os seus resultados, a abordagem sobre cuidados paliativos, a morte, entre outros (Baile & Parker, 2011). Contudo, independentemente da área de oncologia, a comunicação de más notícias é sempre algo complexo.

Apesar do desenvolvimento tecnológico e de haver progressivamente mais informação disponível, o cancro continua a ser encarado com uma conotação sombria e, muitas vezes, associado à morte. A autora Sontag, no seu livro "*Illness as a Metaphor*" (1978), realiza uma associação entre a Tuberculose e o Cancro, enquanto patologias envoltas em mitos e metáforas negativas que são projetados no mundo e que influenciam os significados que as pessoas atribuem às doenças. Apesar de todo o caminho percorrido até a atualidade, estes são aspetos que ainda se sentem hoje em dia nas representações sociais e que têm impacto na comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa doente e família (Espadinha & Santos, 2012). Face ao conhecimento de que padece de uma doença oncológica, a pessoa vê-se confrontada com a dúvida. A procura de informação por parte da pessoa e sua família contribui para uma participação ativa e redução de incertezas, numa busca de controlo face à situação que vivem (Pereira, 2005).

Grande parte da evidência científica no âmbito da transmissão e gestão de más notícias tem dado enfoque ao papel do médico enquanto transmissor de uma má notícia. Contudo, o enfermeiro assume-se como um elemento chave neste processo, sendo essencial esclarecer, definir e valorizar a intervenção de enfermagem (Warnock et. al, 2010). É vital ter noção de que a transmissão de más notícias não se limita a um evento único no tempo, como por exemplo dar conhecimento de um diagnóstico ou de um prognóstico, sendo um processo que acompanha a prestação de cuidados. Para além disso, apesar de se definirem momentos chave como exemplos de más notícias, é indispensável refletir sobre a definição de "má notícia" (Buckman, 2005).

Uma “má notícia” é algo subjetivo, que depende das características, das experiências prévias, do meio envolvente, dos significados que a pessoa atribui às suas vivências. Irá, assim, ser toda a informação que a pessoa recebe e que apresenta um impacto negativo para a sua vida, contribuindo para mudar as suas expectativas relativamente ao futuro: o impacto de uma má notícia será proporcional ao efeito que produz ao transformar as expectativas da pessoa e família (Buckman, 1984). Deste modo, é crucial adaptar as estratégias comunicacionais à singularidade da pessoa e seus familiares, tendo noção de que o que é uma “má notícia” para um doente poderá não o ser para outro.

A doença de um familiar é igualmente uma doença da família<sup>3</sup>, dado o impacto que a vivência de uma patologia acarreta para todos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010). O percurso de doença exige ajustamentos psicossociais por parte da pessoa que se irão repercutir no seio familiar, dado que a família também vivencia uma situação de crise (Pereira & Lopes, 2002). O apoio à família é, assim, crucial (Twycross, 2003).

Face ao ritmo acelerado vivido num contexto hospitalar, os familiares podem apresentar expectativas comunicacionais baixas, assumindo que os profissionais estão sobrecarregados (Caswell et. al, 2015). Assim, é fundamental que os enfermeiros estejam despertos para a importância de comunicar com a família, ajudando na readaptação constante às mudanças que vão surgindo (Pereira & Lopes, 2002). É crucial que se tenha a família em consideração quando se aborda a temática da comunicação de más notícias, uma vez que, se tal não acontecer, pode-se contribuir para uma inadequada gestão de expectativas ou mesmo sentimentos de culpa (Caswell et. al, 2015).

Deste modo, é notório que o processo de transmissão de más notícias é, por si, desafiador e complexo, suscetível de ser fonte de desconforto para todos os intervenientes: para a pessoa que vivencia a doença, para a sua família, mas também para os profissionais de saúde (Buckman, 1984; Buckman, 2005). A falta de prática, desconforto e insegurança associados podem fazer com que os profissionais evitem as pessoas e ter repercussões negativas nos resultados dos cuidados (Querido, Salazar & Neto, 2010). Para além disso, quando nos remetemos ao

---

<sup>3</sup> Segundo a CIPE (OE, 2011b), família define-se como uma unidade social ou todo colectivo, composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.

contexto hospitalar, o ambiente vivido poderá contribuir para complexificar ainda mais a transmissão e gestão de más notícias, seja pela pouca privacidade, pelo ruído, pelas rotinas, pelos constrangimentos de tempo dos profissionais de saúde ou pela dificuldade de articulação na equipa multidisciplinar (Caswell et. al, 2015).

A comunicação de más notícias deve ocorrer de forma faseada, adequada ao ritmo da pessoa e família, validando sempre a sua compreensão (Buckman, 2005; Pereira, 2005). Segundo Twycross (2003), o falso otimista é um “potente destruidor da esperança”, enquanto a “catarse total” pode contribuir para aumentar os níveis de ansiedade, *distress* e desespero da pessoa doente e sua família, realçando-se a relevância das estratégias utilizadas. As técnicas comunicacionais, mais especificamente no âmbito da transmissão das más notícias podem ser aprendidas (Buckman, 2002), sendo necessário associar a formação e a experiência para que se desenvolvam competências nesta área (Arnold & Koczwara, 2006). Apesar de não existirem fórmulas concretas, no que diz respeito a documentos orientadores no âmbito da comunicação de más notícias evidencia-se o protocolo S-P-I-K-E-S. Surgiu por Buckman (2005) face à frequência com que os oncologistas se deparavam com a necessidade de transmitir más notícias, à falta de formação específica e à dificuldade em gerir as emoções que advinham da receção de uma má notícia. Este protocolo tem o intuito de ser uma estratégia orientadora e não um guião rígido, sendo constituído por 6 etapas: *Setting* (ambiente e planear a entrevista); *Perception* (avaliar a perceção do doente/família); *Invitation* (compreender o que doente/família querem saber); *Knowledge* (dar conhecimento); *Empathy* (validar e responder às emoções do doente/família); *Strategy/summary* (estratégia e resumo) (Buckman, 2005).

Com a utilização deste protocolo orientador, é notório que se tem em consideração a expressão emocional das pessoas alvo da prestação de cuidados, buscando-se a satisfação das suas necessidades, algo defendido pela Teoria Transpessoal do Cuidar (Watson, 2002). Contudo, emerge da evidência científica, a importância de se ter sensibilidade cultural e de se adaptar as *guidelines* disponíveis às características da pessoa a quem se presta cuidados (Hallenbeck & Periyakoil, 2011; Valizadeh, L. et al., 2014). Apesar de princípios éticos, como o da autonomia, defenderem a informação, participação ativa e consentimento informado das pessoas, existem ainda países onde prevalecem hábitos culturais caracterizados

pelo paternalismo e pelo papel decisivo de membros familiares (Baile & Parker, 2011). Assim, é necessário ter em consideração as características da cultura das pessoas, evitando posturas de julgamento e agindo no seu melhor interesse e bem-estar: segundo o artigo 81º do Código Deontológico do Enfermeiro, é dever dos enfermeiros “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE, 2005, p. 91).

O protocolo S-P-I-K-E-S emerge na literatura como a estratégia mais utilizada aquando da intervenção de enfermagem no âmbito das más notícias, surgindo em artigos de autores como Baer, 2013; Becze, 2010; Kaplan, 2010; Eid et. al, 2009 e Palmer & Thain, 2010. Assim, pode ser encarado como uma estratégia que poderá contribuir para a capacitação dos enfermeiros para transmitir e gerir as más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Contudo, considero que é imperioso refletir criticamente sobre a prática e os seus efeitos nos resultados dos cuidados.

Algo a ter em consideração é que o protocolo S-P-I-K-E-S parece estar mais direcionado para situações planeadas, como por exemplo entrevistas ou conferências familiares. Por sua vez, na prática de enfermagem, os momentos de transmissão e gestão de más notícias podem surgir espontaneamente durante a prestação de cuidados, sendo exemplos atividades como: gerir o impacto da informação transmitida pelo médico ou por outro profissional de saúde; avaliar a compreensão do doente e esclarecer dúvidas e mal entendidos; avaliar que informação é importante para o doente; estar presente em momentos de transmissão de más notícias; identificar e validar a expressão emocional; apoio aos familiares; ajudar os doentes e famílias numa tomada de decisão informada; agir como intermediário entre doente/família e equipa multidisciplinar; planear os cuidados e avaliar recursos de apoio disponíveis, entre outros (Warnock, 2014). Deste modo, nem sempre é possível haver planeamento destes momentos, podendo haver o risco do protocolo S-P-I-K-E-S ser limitador para a intervenção de enfermagem (Warnock, et. al, 2010). Foi com base na reflexão sobre esta questão que senti a necessidade de elaborar uma *checklist* de enfermagem, com base na literatura, observação da prática e experiência, que ajudasse a sistematizar as estratégias e a estruturar a intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Esta *checklist* será abordada de forma mais aprofundada no capítulo seguinte deste relatório.

A comunicação de más notícias envolve a necessidade de gerir a reação emocional não só da pessoa doente e família, como também dos próprios profissionais (Buckman, 1984; Baile & Parker, 2011; Twycross, 2003). O enfermeiro é, muitas vezes, gestor de uma má notícia ou gestor das emoções que advêm da receção de uma má notícia, aspeto que surge em evidência em relatórios de Mestrado em Enfermagem, demonstrando a preocupação dos enfermeiros em esclarecer a sua atuação no âmbito da temática (Magalhães, 2014; Arranja, 2014). Enaltece-se, assim, a importância do enfermeiro ter capacidade para dar resposta às necessidades da pessoa doente e família.

Na sondagem de opinião por escrito, inicialmente aplicada à equipa de enfermagem de um serviço de Medicina (Apêndice I), 63,89% da amostra apontou o receio de não saber como gerir as respostas emocionais e físicas da pessoa doente e/ou família como uma barreira que dificulta o processo de comunicação de más notícias. Para além disso, ficou patente que este processo suscita diversas reações emocionais nos enfermeiros, tais como, desconforto (61,11%), impotência (61,11%), angústia (47,22%) e ansiedade (44,44%), alertando-se para a importância da sua própria gestão emocional. Isto reafirma aquilo que emerge na Teoria Transpessoal de Jean Watson (2002), em que se defende que as características, experiências e conhecimentos dos enfermeiros são cruciais para a construção da relação terapêutica, enaltecendo-se a importância destes investirem no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A mnemónica NURSE (Kaplan, 2010) emergiu da literatura como um protocolo que tem o intuito de ajudar o enfermeiro a responder de forma empática às emoções apresentadas pelo doente/família face a uma má notícia: no primeiro passo pretende-se identificar a emoção apresentada (*naming*); seguidamente, visa-se compreender quais os receios e preocupações da pessoa em questão (*understanding*); na terceira etapa o intuito é dar espaço para que a pessoa expresse as suas emoções, validando a sua expressão e respeitando o que a pessoa sente (*respect*); o quarto passo remete para o apoio da pessoa e a avaliação de recursos que possam ser úteis para a situação vivida (*supporting*); por último pretende-se clarificar aquilo que foi dito, reforçar a postura empática e dar espaço para que a pessoa expresse emoções que possa ter hesitado em demonstrar previamente (*exploring*).

Uma resposta empática face às emoções expressas contribui para reduzir os níveis de *stress* de todos os intervenientes no plano de cuidados (Baer, 2013). O enfermeiro, sendo uma pessoa que cuida de outras pessoas, vê-se confrontado com situações emocionais intensas (Diogo, 2006). Contudo, durante muitos anos, os enfermeiros foram encorajados a reprimir as suas emoções por não ser considerado compatível com uma atitude profissional. Para a prestação de cuidados com qualidade torna-se relevante que o cuidador se conheça a si próprio, aos seus receios, às suas emoções, aos seus mecanismos de projecção e de defesa: isto irá permitir adquirir autenticidade e aumentar o grau de confiança (Rispaill, 2002). Paula Diogo (2006) sublinha que o reconhecimento da dimensão experiencial e emocional do cuidar é crucial para a humanização dos cuidados. Reconhecer e compreender os seus sentimentos são aspetos fundamentais para que os enfermeiros consigam desenvolver estratégias para gerir as situações intensas com as quais se confrontam na sua prática de cuidados (Diogo, 2006).

Através da prestação de cuidados, o enfermeiro procura ajudar a pessoa doente a encontrar significado na sua existência, no seu percurso de vivência de doença (Watson, 2002). Deste modo, o desenvolvimento de competências técnicas comunicacionais é algo que não se deve nem pode desvalorizar. No Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o artigo 6º do Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados menciona que é competência do enfermeiro estabelecer uma comunicação e relações interpessoais eficazes (OE, 2011). Por sua vez, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro deverá ajudar a pessoa a alcançar o seu máximo potencial de saúde, visando aspectos como “a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento” e “o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.” (OE, 2001, p. 15). Neste sentido, é essencial que os enfermeiros desenvolvam competências que possibilitem comunicar eficazmente com as pessoas com doença oncológica, intervindo adequadamente ao nível da transmissão e gestão de más notícias. Para tal, torna-se crucial um maior investimento em formação teórico-prática em enfermagem no que diz respeito a esta temática. Apesar de não se poder generalizar os resultados alcançados, existem estudos que apontam que a formação

poderá ser benéfica para aumentar a segurança dos enfermeiros, bem como contribuir para o desenvolvimento de competências nesta área de atuação (Baer, 2013; Eid et. al, 2009).

A evidência científica aponta a importância de haver articulação entre os profissionais de uma equipa multidisciplinar. Iniciativas formativas conjuntas entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde, bem como a presença dos enfermeiros em situações de conversas difíceis, poderiam ser ações benéficas para contribuir para uma prestação de cuidados com qualidade face ao processo de transmissão e gestão de más notícias (Coelho, 2012; Helft et. al, 2011; Li et. al, 2008; Magalhães, 2014).

Deste modo, independentemente dos constrangimentos sociais, políticos e económicos vividos na atualidade e que podem constituir dificuldades à prestação de cuidados, a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família são inegavelmente competências inerentes à enfermagem, não podendo este processo comunicacional limitar-se à área de atuação médica. Assim sendo, é relevante que se reconheçam e valorizem as intervenções de enfermagem neste âmbito. Uma intervenção adequada ao nível da comunicação e gestão de más notícias pode promover uma melhor adaptação psicossocial do sobrevivente de cancro ou de uma pessoa que acompanhe um familiar num percurso de vivência de doença oncológica (Baile & Parker, 2011).

### **2.3. Filosofia de Cuidados – A Teoria Transpessoal de Jean Watson**

A singularidade na vivência de uma doença oncológica e necessidade constante de readaptação conduziram à seleção da Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson como referencial teórico. Esta teoria foi evoluindo a partir da necessidade da autora cultivar um novo significado ao mundo da enfermagem, que lhe parecia estar limitado aos modelos da medicina biomédica (Neil, 2002).

Watson (2002) afirma que “O cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade.” (p. 60). A pessoa é encarada como “um ser no mundo” que é composto por mente, corpo e alma, sendo o enfermeiro co-participante num processo que deve ter como base a intersubjetividade. Ambiciona-se que exista



congruência entre a pessoa e o seu próprio Eu e, para tal, é necessário que haja harmonia entre as três esferas que a compõem (Watson, 2002).

O transpessoal ocorre de indivíduo para indivíduo, mas encontra-se além da dimensão individual: “Transpessoal refere-se a uma relação intersubjetiva, de pessoa-para-pessoa, que inclua dois indivíduos num determinado momento, mas transcende simultaneamente os dois (...)” dando acesso ao “(...) reino do espírito humano.” (Watson, 2002b, p. 114). Afirma-se a importância de todos os intervenientes envolvidos no plano de cuidados. As próprias características do enfermeiro, as suas experiências prévias e história de vida irão influenciar a relação terapêutica (Watson, 2002).

A prestação de cuidados visa ajudar a pessoa a encontrar um sentido de harmonia interior (Watson, 2002b). Ao ter-se em consideração que o cancro se enquadra no domínio das doenças crónicas, levando a pessoa e família a percorrer um caminho repleto de altos e baixos, faz sentido enquadrar uma filosofia de cuidados que dá enfoque à intersubjetividade e à componente transpessoal do cuidar. As doenças oncológicas encontram-se presentes na realidade de todos, seja porque as pessoas vivenciaram uma situação de doença, porque conhecem alguém que teve esse diagnóstico ou mesmo porque trabalham diariamente com outras que são sobreviventes de cancro (Bailey, 2001). Neste sentido, a carga emocional subjacente poderá fazer com que os enfermeiros sintam dificuldades na interação com estes doentes. O desenvolvimento do enfermeiro no seu todo é enaltecido como fulcral numa relação transpessoal do cuidar.

Aquando da prestação de cuidados, o enfermeiro partilha a experiência da pessoa que cuida e essa pessoa partilha a experiência do profissional de enfermagem, influenciando-se mutuamente: “A arte do cuidar transpessoal em enfermagem, como ideal moral, é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da co-participação total de nós próprios na enfermagem” (Watson, 2002, p. 122).

Jean Watson (2002) defende que a comunicação verbal e não – verbal são essenciais na prestação de cuidados: o enfermeiro irá ajudar a integrar a experiência subjetiva da pessoa, com uma visão objetiva externa da situação. Enaltece-se, assim, a importância da disponibilidade e intencionalidade terapêutica do enfermeiro

para que a pessoa possa expressar os seus sentimentos e emoções (Watson, 2002b).

A prática do cuidar deve integrar os conhecimentos biofísicos e competências clínicas com os conhecimentos do comportamento humano, promovendo-se a saúde, o crescimento individual e familiar (Neil, 2002). Jean Watson (2002) considera as intervenções relacionadas com o cuidar como *fatores de cuidar* e que evoluíram até aos dez processos de *caritas*: defender um sistema de valores humanista-altruísta ao praticar a compaixão, o amor e bondade por nós próprios e pelos outros; estar presente de forma autêntica, permitindo um sistema de fé, esperança e crença, bem como honrar a subjetividade; cultivar as suas próprias práticas espirituais e do eu transpessoal, ultrapassando o próprio ego; desenvolver e manter uma relação de ajuda baseada na confiança; possibilitar a expressão emocional de sentimentos positivos e negativos, promovendo uma escuta ativa e uma postura de presença e de disponibilidade; incluir e utilizar os diferentes tipos de conhecimento na procura de soluções criativas como parte do processo de cuidar; envolver-se numa relação transpessoal de ensino-aprendizagem, considerando o quadro de referências das pessoas e os seus significados; promover um ambiente de reestruturação a todos os níveis; satisfazer as necessidades básicas para a pessoa, promovendo a harmonia corpo-mente-alma e a dignidade humana; dar espaço às dimensões espirituais da própria vida-morte, cuidando da sua própria alma e da alma da pessoa que está a ser cuidada (Watson, 2017).

O impacto que uma doença oncológica tem, bem como as necessidades frequentes de reajustamento face às más notícias que vão surgindo, enaltecem a importância do enfermeiro ter competências comunicacionais que viabilizem o apoio ao doente e família. Uma intervenção adequada ao nível da transmissão e gestão de más notícias é, assim, crucial. Ao longo do relatório irá ser realizada uma articulação entre as atividades, reflexões e competências desenvolvidas com a Teoria Transpessoal de Jean Watson enquanto filosofia de cuidados em que se sustentou este percurso.

### 3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Neste percurso formativo foi utilizada a metodologia de projeto, tendo efetuado estágio em três contextos distintos: um serviço de transplantes de medula, um serviço de cuidados paliativos e uma equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos. Estes três locais foram seleccionados de modo a desenvolver as competências propostas, procurando-se uma prática baseada na evidência, uma vez que “(...) o desenvolvimento de um conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001, p. 32).

Nestes contextos, utilizei diversas estratégias com o intuito de atingir os objetivos definidos e desenvolver as competências a que me propus: pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, Google Académico e recursos bibliográficos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; realização de uma *Scoping Review* intitulada “Intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica - *Scoping Review*” com os objetivos de mapear o conhecimento existente sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica em contexto de internamento hospitalar e identificar áreas de investigação futuras no âmbito da intervenção de enfermagem nesta temática; recurso a uma prática reflexiva, com os orientadores e também individual, tendo-se elaborado reflexões de aprendizagem sobre a ação e análise crítica das intervenções de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, recorrendo-se ao ciclo de *Gibbs*<sup>5</sup>; procedeu-se igualmente a uma observação da prática e prestação de cuidados tendo como base as aprendizagens efetuadas; realizaram-se sessões de formação e construíram-se documentos de apoio à prática, com o intuito de contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem de um serviço de Medicina em que que exercia funções no início deste percurso

---

<sup>5</sup> O ciclo de *Gibbs* é um instrumento que funciona como um guia aquando da operacionalização do exercício reflexivo. É composto por 6 etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação (Jasper, 2003).

formativo. A partilha de experiências com os orientadores dos locais de estágio, bem como com todas as equipas desses mesmos locais foram extremamente enriquecedoras. De seguida apresentarei a análise das atividades realizadas em cada contexto de estágio para atingir os objetivos propostos e demonstrando o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista a que me propus.

### **3.1. Serviço de Transplantes de Medula (STM)**

O estágio no STM realizou-se entre 26 de Setembro e 2 de Novembro, de 2016. O STM foi selecionado por possibilitar a prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica e família nas fases de diagnóstico e tratamento e, logo, viabilizar o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no que diz respeito à temática em estudo nessa população. Este é um serviço em que são prestados cuidados a pessoas aquando de um transplante medular e em que a necessidade de gestão de expectativas e de readaptação pessoal e familiar viabilizavam o desenvolver de competências na área de transmissão e gestão de más notícias, aprendendo com peritos, em parceria com a pessoa e família. A caracterização deste local de estágio encontra-se no Apêndice III do presente relatório.

Para este local de estágio defini como objetivo geral *desenvolver competências de enfermeiro especialista na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, nas fases de diagnóstico e de tratamento*. Para atingir este objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: conhecer a missão e estrutura organizativa e funcional da equipa de profissionais do STM; identificar estratégias na transmissão e gestão de más notícias; identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados no âmbito da transmissão e gestão de más notícias; aplicar os conhecimentos e estratégias desenvolvidos no âmbito da transmissão e gestão de más notícias; analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias; envolver os enfermeiros da equipa para a temática da transmissão e gestão de más notícias, de um serviço de Medicina de um Hospital de Lisboa. Cada objetivo específico, e as atividades que lhes estão inerentes, serão seguidamente analisados.

No que diz respeito ao objetivo específico **“Conhecer a missão e estrutura organizativa e funcional da equipa de profissionais do STM”** é relevante referir que o STM é um serviço multidisciplinar que tem como missão a execução do programa de transplantação medular da instituição, assegurando a cada doente os cuidados que correspondam às suas necessidades. A equipa multidisciplinar do serviço trabalha em articulação constante. As equipas de enfermagem e médicas reúnem-se diariamente para discutir sobre o plano de cuidados das pessoas que se encontram internadas no serviço. É um momento propício para que se possa conhecer a pessoa de forma global, identificar necessidades, discutir o plano terapêutico, esclarecer dúvidas, planear a passagem de um regime de isolamento para um regime de “porta aberta” (quando as pessoas começam a poder sair do quarto), preparação do período de alta, entre outros. Para além disso, semanalmente é realizada uma reunião multidisciplinar, onde se encontram presentes enfermeiros, médicos, psicóloga, psiquiatra, nutricionista, assistente social e farmacêutica.

Inicialmente conversei com a enfermeira Chefe e com a enfermeira orientadora e fui conhecendo a dinâmica e estrutura do serviço através das conversas com os colegas e da leitura dos documentos disponíveis. De modo a envolver a equipa, foi pertinente apresentar-me e esclarecer o teor do meu estágio, realizando uma apresentação do projeto de intervenção, com recurso à exposição de um grupo de diapositivos de *powerpoint*, tendo elaborado um plano de sessão e respetiva avaliação que apresento nos Apêndices IV e V. Nesta sessão estiveram presentes 12 enfermeiros. Para avaliação da sessão foi aplicada uma escala de *Likert* em que os enfermeiros se posicionaram no “concordo” e “concordo plenamente” relativamente à avaliação da sessão: consideraram o tema do projeto como pertinente, referindo que lidam frequentemente com “más notícias” no seu quotidiano de cuidados e mostrando curiosidade sobre a realização de uma *Scoping Review*. Relativamente aos enfermeiros que não estiveram presentes na sessão, a apresentação do projeto foi realizada durante os turnos, de modo informal.

A formação tem uma elevada preponderância no serviço. Os elementos da equipa de enfermagem encontram-se distribuídos por grupos de trabalho, de modo a abordar temas que emergiram como necessidades formativas e para dar resposta ao plano de formação. Especificamente no que diz respeito à temática em estudo,

não existem no serviço protocolos dedicados à transmissão e gestão de más notícias. Todavia, existe um *dossier* sobre este tema, que foi elaborado por uma enfermeira aquando da realização do curso de pós-licenciatura de especialização. O referido *dossier* é composto por artigos científicos sobre a comunicação de más notícias. No decorrer do presente estágio, foi-me proposto que complementasse esse *dossier* com pesquisa mais recente sobre a temática em estudo e que pudesse contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Esta atividade foi desenvolvida com agrado, em conjunto com a enfermeira orientadora, contribuindo para que a equipa tenha acesso à evidência científica mais recente. Para além disso, importa referir a inclusão de artigos científicos que se reportavam a serviços de transplantação medular, algo que os enfermeiros consideraram ser um contributo benéfico para a sua realidade. Estas atividades possibilitaram “desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade” (OE, 2010) e “identificar e transmitir quais são os diferentes papéis, funções e responsabilidades de um enfermeiro a prestar cuidados a pessoas com doença oncológica para responder com efetividade às necessidades dessa população” (EONS, 2013).

Relativamente ao objetivo específico **“Identificar estratégias na transmissão e gestão de más notícias”** considera-se que a pesquisa bibliográfica foi essencial para atingir este objetivo e aprofundar conhecimentos sobre a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Esta pesquisa foi realizada conforme consta na *Scoping Review* elaborada (Apêndice VI), seguindo um protocolo investigativo definido pelo Instituto *Joanna Briggs* (The Joanna Briggs Institute, 2015). Tal contribuiu para o desenvolvimento da competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010). A *Scoping Review* possibilitou mapear o conhecimento existente sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica em contexto de internamento hospitalar, bem como sistematizar as estratégias no âmbito desta temática. As vivências proporcionadas pelo estágio possibilitaram uma partilha de experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem. Neste sentido, não só a enfermeira chefe, como também alguns elementos da equipa, demonstraram interesse em compreender melhor o protocolo investigativo inerente à realização de uma *Scoping Review*. Deste modo, foi elaborada uma sessão de formação que foi

apresentada três vezes durante a realização do estágio (plano de sessão no Apêndice VII). Na minha opinião, esta partilha mútua de conhecimentos foi extremamente gratificante. Estiveram presentes 10 enfermeiros, que na escala de *Likert* aplicada como avaliação da sessão se posicionaram no “concordo” e no “concordo plenamente” (Apêndice V). Colocaram questões sobre o protocolo investigativo inerente à realização da *Scoping Review*. Da discussão emergiu a ideia de que, no geral, os enfermeiros têm pouca prática relativamente à pesquisa de evidência científica, desconhecendo que têm acesso gratuito à pesquisa nas bases de dados científicas através da intranet das instituições e da própria OE.

Tal como já referido anteriormente, o protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005) assume-se como a estratégia orientadora mais utilizada no âmbito da comunicação de más notícias, algo que pude comprovar neste local de estágio. Tal como abordado no capítulo do Enquadramento Teórico, apesar de ser uma ferramenta extremamente útil enquanto guia orientador, o protocolo parece estar construído para situações de entrevista que possam ser planeadas. Contudo, na prática de enfermagem, as interações e momentos de transmissão e gestão de más notícias surgem, muitas vezes, espontaneamente (Warnock, 2014). Isto faz com que nem sempre seja possível planejar estes momentos, sendo necessário que o enfermeiro tenha capacidade para gerir as estratégias de comunicação que permitam dar resposta às necessidades das pessoas. Deste modo, fez sentido elaborar uma *checklist* de estratégias construída com base na literatura, na observação da prática e na experiência profissional (Apêndice VIII). Esta *checklist* ajudou não só na identificação e observação de estratégias utilizadas na transmissão e gestão de más notícias, mas também na promoção de uma prática refletida e no treino de competências, conforme fui sendo confrontada com as experiências. É crucial reforçar que, após a correção pela professora orientadora, esta *checklist* foi validada por enfermeiras peritas no âmbito da comunicação de más notícias, solicitando os seus contributos na sua construção. Poder contar com estas validações foi benéfico não só para a construção de um instrumento o mais robusto possível, mas também porque motivou o debate sobre a temática, possibilitando que pudesse aprender com as experiências das enfermeiras. A realização desta ferramenta foi extremamente útil para sistematizar as estratégias na transmissão e gestão de más

notícias dirigidas à prática de enfermagem e para ajudar a estruturar o meu pensamento. O seu modo de utilização será explicado mais adiante neste relatório.

Ao longo dos três contextos observei as estratégias utilizadas por enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias para desenvolver e consolidar conhecimentos na temática em estudo. Neste sentido, realizei o registo de nove interações observadas, apresentando os dados no apêndice IX, cuja análise será realizada ao longo deste relatório.

Especificamente no âmbito do doente submetido a um transplante medular, existe a necessidade de se instituir medidas de isolamento que fazem com que este fique privado do seu contexto familiar e socioprofissional. Este facto, por si só, contribui para que haja compromisso no processo de comunicação. No relatório que realizou no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica, Pires (2013) aponta que os enfermeiros de um STM de uma instituição de referência em oncologia consideram que contactam frequentemente com a transmissão e/ou gestão de “más notícias” na prática de cuidados.

Com o auxílio da *checklist* elaborada, tive oportunidade de observar as estratégias utilizadas por alguns enfermeiros aquando da necessidade de transmitir e/ou gerir uma má notícia, tendo registado três interações neste contexto, apresentando os dados no Apêndice IX. O facto das pessoas se encontrarem limitadas ao quarto de isolamento salvaguarda a existência de um espaço calmo e privado. Constatou-se que algumas das estratégias que não são utilizadas prendem-se com o uso de uma postura que transmita disponibilidade, como por exemplo o enfermeiro poder estar sentado ao mesmo nível da pessoa ou adaptar a sua expressão facial. Este facto ocorre devido aos constrangimentos que os enfermeiros têm neste serviço, nomeadamente as limitações da dimensão dos quartos de isolamento e da necessidade de utilização de medidas de proteção individual. No entanto, os enfermeiros são os profissionais que mais tempo contactam com a pessoa que se encontra restringida ao isolamento, o que contribui para a construção de uma relação de confiança/proximidade e torna propício que a pessoa exteriorize os seus medos, dúvidas e expectativas (Lima & Bernardino, 2014), colmatando assim alguns dos constrangimentos que não conseguem contornar. Sublinha-se, então, a importância de todos os intervenientes da relação terapêutica, no sentido de ajudar a pessoa a encontrar significado na sua existência, assumindo os processos



comunicacionais um papel fulcral (Watson, 2002). Foi possível constatar que os enfermeiros utilizam estratégias inspiradas no protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005), como por exemplo, tentar identificar aquilo que a pessoa sabe sobre a sua situação de doença e que informação deseja saber, bem como adaptar o vocabulário adequado e tentar gerir expectativas. Pude observar que nem sempre é fácil propiciar que a pessoa exteriorize as suas emoções, dado que o enfermeiro pode ter dificuldades não só em gerir as emoções da pessoa, mas também as suas próprias emoções e inseguranças, tal como referem Lopes & Graveto (2010). Para além disso, pude observar em duas das interações que nem sempre os enfermeiros se sentem à vontade para dar espaço para os silêncios. No entanto, tal não se verificou na terceira interação, devido ao facto da enfermeira ser perita na temática da comunicação de más notícias ao doente submetido a um transplante medular. Pude constatar que os enfermeiros da equipa reconhecem esta enfermeira como uma referência aquando da necessidade de transmitir e/ou gerir más notícias, solicitando a sua intervenção sempre que necessário.

Para além do que já foi referido, com as atividades desenvolvidas foi igualmente possível desenvolver a competência “Promove ativamente a prestação de cuidados baseados na evidência não só no próprio desenvolvimento profissional, mas também na aprendizagem de outros profissionais de saúde” (EONS, 2013).

Os registos de enfermagem e a transmissão oral de informação são fatores fundamentais que contribuem para a continuidade de cuidados. Neste sentido, no que concerne ao objetivo específico “**Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados no âmbito da transmissão e gestão de más notícias**” começo por remeter-me para o Código Deontológico do Enfermeiro, onde o Artigo 83º – Direito ao Cuidado – alerta para o dever do enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas (OE, 2005). Neste sentido, considero importante compreender de que forma as intervenções relacionadas com a transmissão e gestão de más notícias são integradas não só nos registos de enfermagem, mas também em momentos informais e passagens de turno.

A comunicação com a pessoa com doença oncológica internada no STM é bastante valorizada em termos de registos de enfermagem. Os enfermeiros procuram avaliar como a pessoa se encontra, sendo essencial avaliar a

comunicação verbal e a não-verbal. Existem diversos fatores que são alvo de registo na prestação de cuidados não só à pessoa, mas também à família: os ensinamentos relativos às medidas de isolamento e restrições associadas, a preparação da alta, o esclarecimento de dúvidas e receios relativamente a efeitos secundários, a informação que as pessoas doentes/família têm e o que desejam saber, entre outros. Este estágio permitiu-me compreender que, apesar da evidência científica existente sobre diagnósticos, tratamentos e efeitos adversos associados a estas patologias oncológicas e à transplantação medular, cada pessoa vivencia este processo de uma maneira única (Cassidy, Bissett & Obe, 2002). Foi possível observar de que forma os enfermeiros incluem nos registos aspetos que preocupam as pessoas e suas famílias, esclarecendo dúvidas e gerindo expectativas. Fez-me não só refletir de que modo eu poderei integrar estes momentos aquando dos registos da minha prática profissional (dado que identifico este ponto como uma limitação pessoal a melhorar), mas também me ajudou a ficar mais desperta para o modo de registo, transportando as aprendizagens para os contextos seguintes.

A identificação das emoções expressas pela pessoa doente e família são algumas das intervenções registadas pelos enfermeiros, fatores que se encontram evidenciados nos protocolos S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005) e NURSE (Kaplan, 2010) e que são técnicas promotoras de uma comunicação eficaz (Phaneuf, 2002; Travado & Reis, 2015). A duração do internamento é um fator que faz com que os enfermeiros conheçam a pessoa doente e família na sua globalidade, o que contribui para uma melhor avaliação da comunicação não-verbal e das suas necessidades (Lima & Bernardino, 2014). Muitas vezes, os enfermeiros registam a necessidade de gestão de uma má notícia que possa ter sido transmitida pelos médicos: os valores laboratoriais, a necessidade de manter medidas de isolamento, a existência/persistência de febre, os efeitos secundários de quimioterapia e um eventual adiamento da alta são algumas das “más notícias” que são geridas pelos enfermeiros e registadas em notas de turno. Tal vai ao encontro da evidência, uma vez que os enfermeiros gerem, muitas vezes, notícias transmitidas por outros profissionais de saúde sem terem oportunidade de planeamento (Warnock et. al, 2010). Esta experiência alertou-me para a importância de se ser concreto aquando dos registos, de modo a que se possa compreender não só quais as necessidades da pessoa doente, mas também qual foi a intervenção de modo a dar continuidade à

mesma. Apesar da subjetividade inerente, acredito que o facto de certas “más notícias” surgirem neste contexto de estágio de forma frequente, faz com que os enfermeiros estejam mais despertados para a necessidade de as gerirem e se sintam mais à vontade no seu registo. Contudo, e refletindo sobre a minha prática, constato que muitas vezes ainda se utiliza expressão “apoio emocional” com uma forma cliché de registo, sem que isso transpareça a real profundidade da intervenção: ao escrever apenas “prestado apoio emocional” considero que é um tudo em que se escreve nada, porque pouca ou nenhuma informação transmite sobre aquilo que foi realizado, os seus resultados ou a singularidade da pessoa. Na minha opinião, deve-se ser concreto relativamente à necessidade de se prestar apoio emocional, através de que intervenção este apoio foi prestado e qual a reação da pessoa doente/familiar.

No que diz respeito a estratégias orais dos enfermeiros utilizadas no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados, pude constatar que as passagens de turno são um momento de excelência para se poder debater e refletir sobre as intervenções adequadas, adaptadas ao momento vivido pela pessoa. É ainda importante reforçar a importância dos momentos informais de partilha. Durante o decorrer de um turno, e apesar do tempo passado a prestar cuidados nos quartos de isolamento, os enfermeiros comunicam bastante, dado haver um espaço comum de área de trabalho, havendo um trabalho de equipa que torna possível a interajuda. É, assim, fundamental refletir sobre a importância da aprendizagem informal enquanto dimensão oculta da aprendizagem que deve ser valorizada (Perrenoud, 1995). O desenvolvimento profissional pode ser encarado como um processo individual ou coletivo que contribui para o desenvolvimento das competências profissionais, sendo crucial considerar não só as experiências formais como também as informais, podendo estas adotar diferentes formas consoante o contexto (Marcelo, 2009). Deste modo aprendi que, apesar do tempo passado individualmente nos quartos de isolamento a prestar cuidados, é possível manter a comunicação na equipa. O facto dos recursos humanos serem adequados às necessidades de prestação de cuidados pode fazer com que os enfermeiros se sintam mais disponíveis para dar enfoque a intervenções relacionadas com a transmissão e gestão de más notícias. Todavia, também constatei que intervenções a este nível dependem da sensibilidade de cada enfermeiro para esta temática. Este aspeto fez-me refletir sobre a

importância de desenvolver e treinar este tipo de competência, de modo a que minha sensibilidade influencie mas não determine totalmente a minha forma de prestar cuidados. Pela minha experiência enquanto enfermeira, as intervenções relacionadas com a comunicação são, muitas vezes, descuidadas. As aprendizagens deste estágio foram essenciais para seguir para o segundo contexto com uma visão mais atenta e crítica à forma como se encara esta temática.

O atingir deste objetivo específico possibilitou desenvolver as competências “Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas” e “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010).

Abordo agora o objetivo específico **“Aplicar os conhecimentos e estratégias desenvolvidos no âmbito da transmissão e gestão de más notícias”**. A prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica/família contribuiu para o desenvolvimento de estratégias de comunicação de más notícias, o que é suportado por Arnold & Koczwara (2006) quando defendem que a associação entre a prática e a teoria são essenciais para a aprendizagem de técnicas comunicacionais. Isto, considerando que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais.” (Benner, 2001, p. 20). Apesar dos meus objetivos se centrarem no desenvolvimento de competências comunicacionais no âmbito da gestão e transmissão de más notícias, não considere adequado cingir-me apenas à comunicação em si. Deste modo, inicialmente fui acompanhando os enfermeiros, observando algumas técnicas e disponibilizando-me a colaborar na globalidade da prestação de cuidados.

Na prática profissional é indispensável ter consciência de que um consentimento informado, livre e esclarecido, tem implícitas as noções de compreensão e de autonomia. Segundo a Carta dos Direitos do Doente internado, da DGS, o doente tem o direito de saber quem lhe está a prestar cuidados, bem como os objetivos das intervenções. Sublinha-se que a pessoa doente tem o direito de ser ou não informada da sua situação de saúde (conforme o seu desejo), tendo igualmente o direito de aceitar ou não o tipo de intervenções e o modo como são prestadas. Enalteço, assim, a noção de que um consentimento informado não se pode limitar ao assinar de um formulário. Segundo o Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), as intervenções devem ser pautadas pela

defesa da liberdade e da dignidade humana, devendo estar patente o princípio ético da autonomia. Neste sentido, apresentei-me às pessoas como estudante da especialidade, esclarecendo o teor do estágio e solicitando o seu consentimento para lhes prestar cuidados, respeitando a sua decisão.

Mais uma vez, sublinho a relevância da *checklist* elaborada que ajudou a estruturar a ação, a refletir sobre a prática e a estar mais desperta sobre as estratégias. Para que se possa compreender como foi utilizada a *checklist*, torna-se importante esclarecer que optei por não ter um papel na mão durante as interações, receando que isso fosse um fator perturbador. Deste modo, posteriormente às interações, consultava a tabela e listava aquilo que tinha observado/intervido. Isto foi relevante no sentido em que, simultaneamente ao preenchimento da *checklist*, ia refletindo sobre os pontos mais importantes de cada interação e sobre os seus contributos no que diz respeito a estratégias no âmbito da transmissão e gestão de más notícias. Este modo de utilização foi igualmente um auxílio para ir aferindo a *checklist* de forma progressiva e foi mantido nos contextos de estágio seguintes.

Apesar dos processos de comunicação constituírem uma técnica, muitas vezes são desvalorizados no quotidiano de cuidados face a outras técnicas, tais como a administração de terapêutica ou a punção venosa. Tal é validado por autores que apontam que o cuidar da pessoa com base no modelo biomédico e em rotinas standardizadas ainda se encontra muito presente nos serviços de internamento, evidenciando-se a vertente física e as tarefas visíveis (Pearson & Vaughan, 1992). Deste modo, o facto de prestar cuidados centrando-me em técnicas comunicacionais e no desenvolvimento das competências inerentes foi algo novo e desafiante.

Posso afirmar que inicialmente me senti vulnerável: não tinha nenhuma técnica visível que pudesse utilizar como pretexto para abordar a pessoa, em que me pudesse “esconder”. Para além disso, o facto de até ao momento ainda não ter tido a oportunidade de associar a experiência aos contributos teóricos da *Scoping Review* e da *checklist* realizadas, contribuía para o medo em dizer algo errado que prejudicasse a pessoa. Há ainda que referir que o STM é um serviço com um contexto muito específico, com o qual não me encontrava familiarizada. Assim, foi necessário ir desenvolvendo alguma autoconfiança e observar os colegas de forma a colocar em prática tudo aquilo que tinha vindo a ler na evidência científica. A

minha consciência relativamente ao que referem McComarck & McCance (2006) de que as competências profissionais, interpessoais e de autoconhecimento são fundamentais, já que, segundo o modelo conceptual da enfermagem centrada na pessoa, os atributos e características dos enfermeiros influenciam os cuidados.

Desde cedo foi possível compreender a complexidade de cuidados inerentes a uma pessoa submetida a um transplante medular e sua família, bem como a necessidade diária de se gerir expectativas e eventuais más notícias. Para além disso, tornou-se patente o impacto que estas más notícias têm nos próprios enfermeiros da equipa, que têm de gerir os seus próprios medos, angústias e frustrações (Twycross, 2003). Estes aspetos motivaram a realização da primeira reflexão (Apêndice X), uma vez que a complexidade da situação vivida pelo Sr. G. contribuiu para que houvesse necessidade de gerir más notícias não só com a sua esposa, mas também com os enfermeiros que se mostraram desconfortáveis e impotentes. Ficou, assim, patente a importância de se considerar a família como parceira de cuidados e de que a equipa deve ajudar os familiares a adaptar-se à situação de doença e às perdas associadas (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010; Twycross, 2003). Para além disso, é fundamental que os profissionais estejam preparados para comunicar com a pessoa doente e família, para estarem capacitados para lidar com o sofrimento e contexto da terminalidade (Araújo & Silva, 2012). Ao ter ocorrido no início do estágio, a situação alvo de reflexão constituiu a primeira vez com que me deparei com uma situação de transmissão e gestão de más notícias neste contexto. Considero que aprendi bastante ao ter observado a intervenção da minha enfermeira orientadora, que se encontrava comigo no momento. Nos momentos seguintes reunimo-nos para refletir em conjunto sobre a interação vivida, sobre o que tinha sido positivo e sobre aquilo que se podia melhorar, o que foi muito benéfico para a minha intervenção em situações futuras.

O tempo de internamento e a necessidade da pessoa permanecer em quarto de isolamento são alguns dos fatores que contribuem para a relação de proximidade que se constrói entre os enfermeiros e o doente (Lima & Bernardino, 2014). A duração do estágio possibilitou que acompanhasse algumas pessoas durante grande parte do seu internamento.

Uma das vivências que mais me marcou foi a do Sr. C., que pude acompanhar desde o momento da visita de enfermagem durante o período de pré-

internamento, até ao momento da alta. Ao evocar o Sr. C. relembro o modo estóico como enfrentou todo o internamento e cuidados associados, sendo, contudo, um homem extremamente educado e reservado que nem sempre mostrava aquilo que sentia. Passou por diversas fases ao longo daquele período e acompanhar o Sr. C. motivou a realização da segunda reflexão deste estágio, num momento de interação em que deixou ver para além da sua estoicidade, falando sobre dúvidas, receios e perspetivas após a alta (Apêndice XI). Nesta situação, tive a oportunidade de mobilizar para a prática os conhecimentos teóricos sobre a transmissão e gestão de más notícias, tendo sido essencial começar por compreender o que preocupava e incomodava o Sr.C.. A relação terapêutica que fui gradualmente construindo com o Sr. C. ao longo do internamento foi fulcral para que este se sentisse à vontade para exteriorizar os seus medos e preocupações. Colaborar nos cuidados de enfermagem possibilitou, assim, um acompanhamento da pessoa doente na sua globalidade, o que permitiu conhecer as suas histórias e o modo como estava a vivenciar o processo de transplantação medular. Para além disso, possibilitou igualmente que as pessoas me conhecessem a mim, dado que, segundo Watson (2002), a postura do enfermeiro influencia a relação com o doente e a prática de cuidados.

Tive igualmente a oportunidade de realizar registos de enfermagem que integrassem não só os momentos de interação e de aplicação das estratégias comunicacionais, mas que refletissem os cuidados à pessoa na sua totalidade. Para tal, foi fundamental o acompanhamento da enfermeira orientadora, dado o STM ser um serviço com características muito particulares.

As atividades deste objetivo possibilitaram desenvolver as competências “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010); “Cuida de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011); “Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avaliar a sua compreensão e prestar esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem – estar da pessoa com doença oncológica, como por exemplo:

técnica de gestão de emoções e escuta ativa”; “Avalia as necessidades do doente e família, tendo em consideração os fatores físicos, sociais, culturais, psicológicos e espirituais” e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

No que diz respeito ao objetivo específico **“Analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias”** saliento que, segundo o documento “Os Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2001), a qualidade exige reflexão sobre a prática. Deste modo, no decorrer da prestação de cuidados, realizei reflexão na e sobre a ação. Face à imprevisibilidade da prática no terreno, uma abordagem que apenas foque a racionalidade técnica é minimalista: na construção do conhecimento profissional, é fundamental refletir sobre a ação. Quando a prática reflexiva é acompanhada, os supervisores atuam como treinadores e conselheiros (Alarcão & Tavares, 2013). Assim, importa mencionar que o processo reflexivo ocorreu não só de forma individual, mas igualmente em conjunto com a enfermeira orientadora, em situações significativas de aprendizagem. A *checklist* foi um instrumento essencial, dado que o seu preenchimento complementou a realização das reflexões. Neste contexto, elaborei duas reflexões escritas sobre duas interações que foram relevantes em termos de aprendizagem e que possibilitam demonstrar o desenvolvimento de competências na temática em estudo (Apêndices X e XI), as quais articulei com as atividades do objetivo específico anterior<sup>6</sup>. Com a escrita destas reflexões foi possível desenvolver as competências “Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade” e “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010).

Para finalizar este local de estágio, aborda-se o objetivo específico **“Envolver os enfermeiros da equipa para a temática da transmissão e gestão de más notícias, de um serviço de Medicina de um Hospital de Lisboa<sup>7</sup>”**. Apesar da realização do estágio no serviço em que trabalhava no início deste percurso ter sido indeferido, houve recetividade por parte da chefia de enfermagem desse serviço em realizar ações de formação que contribuíssem para a capacitação da equipa de enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias. Após a aplicação da

---

<sup>6</sup> As reflexões elaboradas no âmbito deste relatório de estágio podem ser caracterizadas como retrospectivas, uma vez que envolveram olhar para uma situação que já tinha ocorrido e analisá-la criticamente, como meio de desenvolvimento pessoal e profissional (Cooney, 1999).

<sup>7</sup> As atividades inerentes a este objetivo específico foram desenvolvidas em simultâneo com a realização do estágio no STM.



sondagem de opinião por escrito referenciada na introdução, analisaram-se os dados (Apêndice II) e foram apresentados os resultados a cerca de 70% da equipa de enfermagem, através de diapositivos em *powerpoint* (plano de sessão no Apêndice XII). Durante a apresentação, os enfermeiros mostraram-se interessados e recetivos, não só face aos resultados quantitativos, mas também face às categorias emergentes da análise de conteúdo. O facto de se ter apresentado esta análise acompanhada de excertos de respostas (salvaguardando o anonimato) contribuiu para captar a sua atenção e curiosidade face à temática. Este momento constituiu-se como facilitador, na medida em que aumentou o interesse face às sessões de formação dinamizadas no decorrer da última parte do estágio.

### **3.2. Serviço de Cuidados Paliativos**

Entre 7 de Novembro e 19 de Dezembro de 2016 foi realizado estágio num serviço de Cuidados Paliativos de um hospital privado, cuja caracterização se encontra presente no Apêndice III. A escolha do local relacionou-se com o facto de proporcionar a prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica e família na fase paliativa, o que possibilita o desenvolver competências de enfermeiro especialista no que diz respeito à temática da transmissão e gestão de más notícias nessa população. A comunicação adequada é um dos pilares da filosofia dos Cuidados Paliativos, encontrando-se a transmissão e gestão de más notícias incluídas neste domínio (Neto, 2010; Twycross, 2003). A transição para cuidados paliativos, o controlo sintomático, a gestão de expectativas, a implementação ou não de medidas artificiais de alimentação e hidratação e a proximidade da morte são alguns aspectos que ilustram momentos inerentes à comunicação e gestão de más notícias e que tornam imprescindível que os enfermeiros saibam intervir perante conversas difíceis (Dahlin, 2010). Deste modo, era expectável um enriquecimento das aprendizagens com os peritos deste contexto.

Para este local de estágio foi definido como objetivo geral *desenvolver competências de enfermeiro especialista na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, na fase paliativa*. Para atingir este objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: conhecer a missão e estrutura organizativa e funcional da equipa de profissionais do serviço; identificar

estratégias na transmissão e gestão de más notícias; identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados no âmbito da transmissão e gestão de más notícias; aplicar os conhecimentos e estratégias desenvolvidos no âmbito da transmissão e gestão de más notícias e analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias. Cada objetivo específico, e as atividades que lhes estão intrínsecas, serão seguidamente analisados.

No que diz respeito ao objetivo específico **“Conhecer a missão e estrutura organizativa e funcional da equipa de profissionais do serviço”**, este foi possível de ser atingido através da conversa inicial e subsequentes com a enfermeira chefe, a enfermeira orientadora e os enfermeiros da equipa. É ainda relevante sublinhar a importância da leitura de documentos presentes no serviço e da observação que fui fazendo ao longo do estágio. Este serviço tem como objetivo o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de pessoas com necessidades paliativas, perda de autonomia e/ou necessidades de reabilitação. O plano de cuidados é desenvolvido segundo uma abordagem holística e multidisciplinar, tendo por base as especificidades apresentadas por cada pessoa e sua família e visando promover o conforto e a qualidade de vida. As equipas médica e de enfermagem trabalham em articulação contínua diária no acompanhamento das pessoas e família. Para além disso, a partir do final da tarde, um dos elementos da equipa médica fica de prevenção até à manhã seguinte, a quem os enfermeiros podem contactar em caso de dúvidas, descompensações ou admissões. Semanalmente existe uma reunião da equipa multidisciplinar, de modo a avaliar as abordagens terapêuticas das pessoas que se encontram internadas na Unidade de Cuidados Paliativos: reúnem-se médicos, enfermeiros, psicóloga, nutricionista, solicitando-se a presença e colaboração de outros profissionais de acordo as necessidades das pessoas.

É notória a relevância atribuída à formação em contexto de trabalho. Considera-se que em organizações aprendentes os indivíduos têm espaço para se desenvolverem e expandirem as suas aptidões, de modo a atingir os objetivos desejados, havendo colaboração entre os colegas de forma a aprender em conjunto (Senge, 1990). Neste serviço existe definido um plano anual de formação de enfermagem, sendo aplicado um questionário aos enfermeiros da equipa, de modo a avaliar as necessidades formativas. Após a análise de resultados é elaborado o

plano para o ano seguinte, envolvendo enfermeiros da equipa para abordar os temas em sessões de formação. Em 2016, a comunicação de más notícias foi uma das temáticas que emergiu como necessidade formativa.

No que diz respeito à existência de protocolos, na intranet do hospital podem-se consultar os diferentes manuais de procedimentos que existem. Relativamente ao serviço de internamento em que realizei estágio, existiam disponíveis diversos manuais de procedimentos, entre os quais um dedicado à comunicação de más notícias. Este manual de procedimentos esclarece que não existem fórmulas perfeitas e universais relativamente a esta temática, mas sim recomendações de boas práticas e protocolos de orientação. Fiquei satisfeita por verificar que um dos manuais da instituição é dedicado a esta temática, sendo importante reconhecer a sua existência enquanto recurso possível. Neste manual é recomendado o protocolo S-P-I-K-E-S, de Buckman, como guia orientador. Enaltece-se que a comunicação de más notícias tem um carácter humano, ético, médico e legal. Para além disso, sublinha-se a importância de se pôr em prática na prestação de cuidados as perícias da comunicação no âmbito desta temática.

A leitura de documentos e de protocolos existentes no serviço possibilitaram conhecer melhor o trabalho aqui desenvolvido, motivando-me para aproveitar ao máximo as experiências, observando os colegas e prestando cuidados. Neste objetivo desenvolveram-se as competências “desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade” (OE, 2010) e “identifica e transmite quais são os diferentes papéis, funções e responsabilidades de um enfermeiro a prestar cuidados a pessoas com doença oncológica para responder com efetividade às necessidades dessa população” (EONS, 2013). Neste local de estágio contextualizei o estágio, bem como qual a temática alvo do meu projeto de intervenção, durante as passagens de turno e de modo informal durante os turnos, sem recurso à utilização de diapositivos em *powerpoint*. De modo geral, os enfermeiros da equipa referiram que contactam frequentemente com a necessidade de transmitir e de gerir más notícias, considerando o tema em estudo pertinente e o contexto rico em aprendizagens.

No que se refere ao objetivo específico “**Identificar estratégias na transmissão e gestão de más notícias**” é essencial realçar que a experiência do primeiro local de estágio viabilizou um enriquecimento das experiências agora vivenciadas e potencializou a utilização da *checklist*, de forma mais consciente,

conforme o modo de utilização previamente referido. Assim, tornou-se possível o desenvolvimento das competências “Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010).

Neste contexto foram registados quatro episódios de interação (Apêndice IX), o que permitiu compreender que os enfermeiros utilizam estratégias do protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005) como orientação da intervenção de enfermagem. Apesar de *guidelines* como o S-P-I-K-E-S serem uma directriz relevante para estruturar a intervenção, a associação da componente prática é indispensável ao desenvolvimento destas competências comunicacionais (Wittenberg-Lyles, Goldsmith & Ferrel, 2013). Ao encontro da evidência científica, os enfermeiros da equipa manifestaram que se foram sentindo mais seguros no âmbito da comunicação de más notícias com a prática: tal não torna o processo menos complexo, mas contribui para que se utilizem as estratégias comunicacionais com maior confiança, gerindo de forma mais adequada não só as reações emocionais da pessoa e/ou familiar, mas igualmente as suas.

A perspetiva biomédica constitui uma barreira ao desenvolvimento das competências comunicacionais (Baile & Parker, 2011). Neste estágio, tive a oportunidade de constatar que existe uma filosofia paliativista que se afasta do modelo biomédico. Pude observar que as condições físicas do internamento e a aplicação de técnicas comunicacionais de acordo com o que está preconizado na evidência científica, contribuem para o desenvolvimento de fortes competências da equipa de enfermagem relativamente à temática em estudo, tendo-se em conta que o modo como se comunica influencia os resultados dos cuidados (Dahlin, 2010). O facto de muitos quartos serem individuais propiciava não só que se salvaguardasse a privacidade da pessoa doente e família, mas também que os enfermeiros pudessem transmitir uma postura de disponibilidade (como por exemplo, sentando-se junto à pessoa/familiar). Com a observação da interação de transmissão e gestão de más notícias entre os enfermeiros e pessoas doentes/famílias, utilizando a *checklist* elaborada foi possível desenvolver as competências “Avalia as necessidades do doente e família, tendo em consideração os fatores físicos, sociais, culturais, psicológicos e espirituais e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

Referente ao objetivo específico **“Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados no âmbito da transmissão e gestão de más notícias”**: no serviço em que foi realizado estágio, os registos de enfermagem são informáticos, contemplando não só as atividades de vida diárias e a avaliação da pessoa através do uso de escalas, mas também a avaliação da percepção que a pessoa e família têm da vivência do processo saúde-doença. A comunicação de más notícias é um aspeto bastante valorizado, sendo registado a apreciação efetuada à pessoa, a intervenção e os respetivos resultados. Cada abordagem é realizada de forma individualizada, de acordo com as necessidades avaliadas. Relativamente a esta temática e ao modo como é registada, são utilizadas expressões como “tiros de aviso”, técnica dos dedos cruzados”, validação de expressão emocional, escuta ativa, validação de coragem. Para além disso, é igualmente dado enfoque à comunicação não-verbal: o facto de um cliente que está em repouso no leito por longos períodos, sair do quarto e caminhar pelo serviço é valorizado e registado. Estes aspetos são vitais, tendo em consideração que para além do Direito ao Cuidado do artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro referido anteriormente, que salienta que é dever do enfermeiro realizar registos fiéis face às intervenções (OE, 2005), o documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem sublinha que o enfermeiro deverá contribuir para a eficácia da organização dos cuidados de enfermagem. Isto irá passar pela “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p. 18). Estar-se atento à globalidade de sinais e sintomas apresentados pela pessoa, às suas preocupações psicossociais, à sua expressão emocional, às questões espirituais e éticas é algo fundamental para que se possa desenvolver uma comunicação eficaz (Malloy et. al, 2010). Deste modo, estes são aspetos que, para além de serem valorizados, devem ser escritos em notas e transmitidos oralmente, para que seja possível conhecer a pessoa/ família e suas necessidades e, assim, haver uma continuidade de cuidados.

Para além de se executar registos sobre as conferências familiares<sup>8</sup> realizadas, são igualmente registados todos os momentos informais de comunicação que surgem de modo não planeado durante a prática, seja para esclarecer dúvidas e receios, acompanhar progressivamente a preparação da alta, apoiar aquando de momentos de agravamento, preparação para a morte, valorização do apoio familiar, abordagens terapêuticas e controlo sintomático, entre outros. Isto vai ao encontro à evidência científica (Warnock et. al, 2010), quando é referido que os enfermeiros muitas vezes não conseguem controlar os *timings* em que surge um momento de transmissão e/ou gestão de uma má notícia, fazendo denotar a diversidade de papéis que os profissionais de enfermagem desempenham neste âmbito.

As estratégias orais de passagem de turno refletem a filosofia dos cuidados paliativos. Todos os momentos que envolvam a comunicação de más notícias são transmitidos entre os enfermeiros, realçando quais as intervenções efetuadas e os seus efeitos terapêuticos. Tal favorece uma continuidade de cuidados ao longo dos turnos e um acompanhamento constante dos clientes, coerente face às suas necessidades.

Algo que considero ser importante de sublinhar é o facto de se tentar conhecer a dinâmica familiar do cliente, o contexto em que ele se insere. Apesar de se prestar cuidados em meio hospitalar, é essencial não esquecer que a pessoa não existe apenas enquanto está internada, mas sim para além dessa realidade: com as pessoas que lhe são significativas e no seu meio. Estas são informações que são registadas em notas de enfermagem, bem como transmitidas em passagem de turno. O apoio à família constitui-se como um dos pilares da filosofia dos cuidados paliativos (Twycross, 2003) e, em contexto hospitalar, deve haver preocupação em apoiar e integrar os familiares nos cuidados sempre que possível e benéfico, como meio de reduzir níveis de ansiedade e incentivar a comunicação entre pessoa doente, família e profissionais de saúde (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

Torna-se importante a articulação da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados e, mais especificamente, no âmbito do processo de comunicação de más notícias. Com o aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas, onde o cancro se insere, as equipas vêm-se confrontadas com desafios acrescidos na

---

<sup>8</sup> A conferência familiar constitui um instrumento estruturado de intervenção na família: “É uma reunião com plano previamente acordado entre os profissionais presentes e em que, para além da partilha da informação e de sentimentos, se pretende ajudar a mudar alguns padrões de interação na família.” (Neto, 2003, p. 70)

satisfação das necessidades biopsicossociais e espirituais da pessoa doente e sua família (Otis-Green & Fineberg, 2010). Ao considerar-se que o trabalho em equipa é outro dos pilares da filosofia dos cuidados paliativos (Twycross, 2003), neste local de estágio pude constatar que existe um grande empenho para que os diferentes profissionais se articulem entre si, mantendo coerência naquilo que é dito e na forma como se gerem reações físicas e emocionais de más notícias. A comunicação entre os membros da equipa é um fator essencial, que tem impacto na qualidade dos cuidados prestados, bem como na forma como os diferentes profissionais se vêem entre si (Otis-Green & Fineberg, 2010). Apesar de cada equipa ter uma cultura própria e ser influenciada pelo contexto institucional, pude denotar que havia um esforço para que os diferentes profissionais da equipa atuassem de acordo com um objetivo comum. Para além disso, pude comprovar que, o facto do processo de comunicação de más notícias ser uma realidade frequente e uma técnica bastante treinada e fundamentada em evidência científica, contribui para que os profissionais se sintam mais à vontade aquando de conversas difíceis.

Com as atividades desenvolvidas neste objetivo específico, tornou-se possível desenvolver as competências “Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas” e “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010).

Para atingir o objetivo específico **“Aplicar os conhecimentos e estratégias desenvolvidos no âmbito da transmissão e gestão de más notícias”** prossegui a pesquisa bibliográfica inerente à temática em estudo e prestei cuidados ao doente oncológico e família. Realizei igualmente registos de enfermagem que refletissem a prática de cuidados e integrassem os momentos de interação com as pessoas e suas famílias. A prestação de cuidados possibilitou colocar em prática as estratégias comunicacionais e, assim, desenvolver ferramentas para uma comunicação eficaz no que diz respeito à transmissão e gestão de más notícias. O facto de já ter beneficiado com as experiências vivenciadas no primeiro local de estágio contribuiu para que, neste contexto, me sentisse menos vulnerável e para que me expusesse mais às situações. Isto vai ao encontro ao que é defendido por Jean Watson (2002) quando se reporta ao Cuidar Transpessoal como uma relação intersubjetiva em que tanto a pessoa cuidada como o enfermeiro partilham experiências, influenciando-se mutuamente.

O estágio anterior no STM possibilitou uma grande proximidade com a pessoa doente, pelas especificidades inerentes e pela necessidade de restrição a um quarto de isolamento. Por sua vez, as experiências vividas neste estágio no Serviço de Cuidados Paliativos possibilitaram um grande contacto com a família e, logo, com a prestação de cuidados às pessoas significativas de quem se encontra internado. Para a prestação de cuidados paliativos com qualidade, é essencial compreender como a família se encontra a viver o processo de doença, como esta mudou a dinâmica familiar e o desempenho de papéis, bem como a relação entre os diferentes membros (Davies & Steele, 2011).

O testemunho de familiares de doentes que usufruíram de cuidados paliativos possibilita constatar o impacto que estes cuidados têm na própria família, conforme é exposto por França (2010, p. 108): “Eu nunca pedi nada, mas frequentemente me era oferecida uma palavra de conforto (...) Acredito sinceramente que apoiar a família é apoiar indirectamente o doente, e por isso a relação de ajuda que estabeleceram comigo, o “colo” onde me embalaram, ajudou-me a ficar mais forte e a transmitir assim mais força ao meu marido (...) Esta relação de ajuda permitiu-me viver aquele período da forma menos traumática possível.”. Deste modo, é notória a importância de incluir a família nos cuidados, sendo o apoio à família considerado um dos pilares fundamentais dos Cuidados Paliativos (Twycross, 2003). Este facto esteve na origem da realização de uma reflexão de aprendizagem (Apêndice XIII) em que foi necessário gerir más notícias com a esposa do Sr. E., que tinha sido internado naquela manhã face a um agravamento progressivo. Pude refletir sobre a importância de compreender e avaliar as necessidades sentidas pelos familiares, ajudando-os a readaptarem-se e a prepararem-se para a proximidade da morte, se for o caso. Isto vai ao encontro ao que é referido por Guarda, Galvão & Gonçalves (2010), que reforçam a importância de incluir a família na prestação de cuidados em contexto hospitalar, possibilitando que os familiares cuidadores também cuidem de si próprios. Neste episódio, a esposa do Sr. E. saiu do quarto imediatamente após se confrontar com a morte do Sr. E., não tendo havido oportunidade de se gerir esta má notícia. Isto foi algo que, no momento, me deixou confusa e que motivou a que eu e a enfermeira orientadora conversássemos sobre esta situação após a sua ocorrência.



Outra situação que me faz sentido referenciar foi uma interação vivida com a filha da Sra. A. e que demonstra uma situação de comunicação e gestão de más notícias que ocorreu sem que tivesse tido a oportunidade de a planejar (uma senhora de quem cuidei que tinha o diagnóstico de neoplasia do pulmão com metástases cerebrais e que tinha períodos de confusão mental). A filha da Sra. A. referiu-me que se sentia incomodada com os períodos de confusão e agitação psicomotora da mãe e que os associava à sua própria presença, perguntando angustiada se seria melhor que ela não estivesse junto da sua mãe. Embora não tenha tido oportunidade de planeamento, esta experiência possibilitou-me mobilizar não só os conhecimentos técnico-científicos em oncologia, mas igualmente as competências comunicacionais e estratégias de transmissão e gestão de más notícias, dado que para a Sra. A. o agravamento do estado geral e a sintomatologia apresentada pela sua mãe constituíam uma “má notícia”. Para além disso, o facto de pensar que a sua presença era perturbadora para a mãe agravava a componente emocional associada a essa má notícia. Considerando o protocolo S-P-I-K-E-S e a *checklist* previamente elaborada como recursos extremamente úteis, procurei esclarecer o que a filha da Sra. A. compreendia sobre a situação da sua mãe e desmistificar o facto de pensar que a sua presença é perturbadora, esclarecendo a associação entre as metástases cerebrais e os episódios de confusão. Para além disso, procurei validar a sua coragem e importância do seu papel no cuidar da sua mãe, validar a sua expressão emocional e dar espaço para que se pudesse expressar. O facto do quarto ser individual possibilitou que se conseguisse proporcionar um ambiente calmo e privado. Como resultados, é de referir que a filha da Sra. A. ficou mais tranquila após este momento por ter noção que a sua presença não era fonte de desconforto para a mãe. Após falar com a enfermeira orientadora sobre este momento, foi também possível haver articulação ao nível da equipa multidisciplinar no sentido de haver um ajuste terapêutico que possibilitasse um controlo sintomático mais adequado.

Este estágio permitiu-me contactar e crescer com uma equipa que está muito treinada tanto em comunicação, como em estratégias de transmissão e de gestão de más notícias. Pude vivenciar situações de cuidados com elevado grau de complexidade e que comprovam que os Cuidados Paliativos requerem uma prática rigorosa, dotada de competências e ferramentas baseadas na evidência científica

(Neto, 2010). Ao considerar que cada pessoa vive o seu processo de doença de forma única (McCray, 2000), torna-se compreensível que hajam pessoas com mais facilidade em expressar-se do que outras, havendo indivíduos mais retraídos com quem é mais difícil de estabelecer a comunicação (Twycross, 2003). Pude comprovar esta questão aquando da prestação de cuidados ao Sr. J.P., situação sobre a qual realizei a segunda reflexão de aprendizagem deste estágio (Apêndice XIV). Esta foi uma situação enriquecedora que me fez refletir sobre o facto de cada pessoa ter os seus *timings*, mas também que as *guidelines* são isso mesmo: orientações a ser utilizadas de forma adaptada a cada situação.

Em cada turno realizei os registos de enfermagem das pessoas a quem prestava cuidados, sob supervisão da enfermeira orientadora, para que refletissem os momentos de interação comunicacional como parte integrante dos cuidados de enfermagem e das técnicas aplicadas aquando da prática de cuidados.

Deste modo, com as atividades desenvolvidas foi possível atingir este objetivo específico, desenvolvendo as competências “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010); “Cuida de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011); “Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avaliar a sua compreensão e prestar esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem – estar da pessoa com doença oncológica, como por exemplo: técnicas de gestão de emoções e escuta ativa” e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

No âmbito do objetivo específico “**Analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias**” foram realizadas duas reflexões de aprendizagem, segundo o ciclo de *Gibbs* (Apêndices XIII e XIV), que surgiram em articulação com as atividades realizadas no objetivo específico anterior.

Para avaliar as necessidades das pessoas e poder intervir eficazmente no âmbito da transmissão e gestão de más notícias, é essencial que os enfermeiros

tenham consciência das suas próprias necessidades e oportunidades de desenvolvimento, constituindo-se a reflexão como um meio de aprendizagem (McGuigan, 2009). Neste sentido, a reflexão apresentada no Apêndice XIV foi fundamental, dado que me confrontou com as minhas dificuldades e limitações. O Sr. J.P. apresentou-se como uma pessoa evasiva, que encarava a sua crescente debilidade, astenia e necessidade de apoio de terceiros como “más notícias”. Tive dificuldade em conseguir comunicar com o Sr. J.P. e explorar esses fatores, de modo a delinear intervenções que promovessem um maior conforto, diminuindo o impacto das perdas (Neto, 2010). Recorrer ao ciclo de *Gibbs* como instrumento de aprendizagem ajudou-me a refletir, procurando aprender com a situação e a ponderar de que modo poderei intervir ao nível da transmissão e gestão de más notícias em situações em que é mais complexo comunicar com as pessoas.

Analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias, recorrendo à realização destas reflexões, viabilizou o desenvolvimento das competências “Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade” e “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010).

### **3.3. Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos**

Face à impossibilidade de realizar estágio no serviço de Medicina em que exercia funções, surgiu a oportunidade de realizar estágio numa equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos. O controlo de sintomas, as implicações de opções terapêuticas e a gestão expectativas para o futuro são algumas das preocupações apontadas como comuns nas pessoas em cuidados paliativos (Querido, Salazar e Neto, 2010), tornando crucial saber como transmitir e gerir as más notícias que vão surgindo ao longo do percurso. Com este local de estágio pretendia não só observar de que forma os enfermeiros utilizam as técnicas de comunicação em oncologia, mas igualmente desenvolver essas mesmas competências, dado que a transmissão e gestão de más notícias é uma realidade constante com a qual a equipa tem de lidar. O estágio neste contexto foi entre 4 de Janeiro e 10 de Fevereiro de 2017 (caracterização deste local no Apêndice III). As equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos disponibilizam apoio e consultadoria especializada a outros profissionais de saúde, doentes e seus familiares, tendo igualmente a responsabilidade de sugerir mudanças e oportunidades de melhoria em conjunto

com as equipas multidisciplinares (Bakitas, Bishop & Caron, 2010)<sup>9</sup>. Este não constituiu o meu primeiro contacto com esta equipa, dado no segundo semestre ter realizado sete turnos neste contexto, no âmbito de uma Unidade Curricular.

Neste local de estágio foi estabelecido como objetivo geral: *desenvolver competências de enfermeiro especialista na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, na fase paliativa*. Para o atingir, foram definidos os seguintes objetivos específicos: Identificar estratégias na transmissão e gestão de más notícias; identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados no âmbito da transmissão e gestão de más notícias; aplicar os conhecimentos e estratégias desenvolvidos no âmbito da transmissão e gestão de más notícias; analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias e contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem relativamente à transmissão e gestão de más notícias, de um serviço de Medicina de um Hospital da área de Lisboa.

Relativamente ao objetivo específico **“Identificar estratégias na transmissão e gestão de más notícias”** é relevante sublinhar que, para além da pesquisa bibliográfica, procedi à observação da interação das enfermeiras com a pessoa doente e família na transmissão e gestão de más notícias. Creio que passar por este contexto complementa este percurso formativo: sempre trabalhei em contexto de enfermaria e considero que poder usufruir da experiência numa vertente de equipa intra-hospitalar enriquece as competências desenvolvidas. Neste contexto de estágio foram registados dois episódios de interação, cujo registo dos dados se encontra no Apêndice IX. Pude constatar que as enfermeiras têm de apresentar uma grande capacidade de adaptação, uma vez que no que concerne à etapa “Antes de estabelecer uma interação com a pessoa e/ou família” enfrentam constrangimentos relacionados com limitações físicas. Isto encontra-se relacionado com o facto de as interações ocorrerem em enfermarias nas quais existem mais pessoas, com as rotinas hospitalares em curso, podendo não ter possibilidade de se sentarem e serem sujeitas a interrupções diversas que são alheias ao seu controlo. Estes são fatores que dificultam o processo de transmissão e gestão de más notícias, dado que nem sempre é possível para as enfermeiras conseguirem promover um

---

<sup>9</sup> Segundo o Despacho nº 10429/2014 do Diário da República Portuguesa, deve estar assegurado que cada estabelecimento hospitalar tenha uma equipa intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (Diário da República, 2014).

ambiente calmo, tranquilo e que salvaguarde a privacidade da pessoa. Para além disso, a enfermeira tem igualmente um telemóvel para o qual as pessoas que são acompanhadas na consulta de cuidados paliativos podem contactar. Assim, não podem prever ou evitar uma eventual interrupção de uma interação caso haja uma chamada telefónica, mesmo que optem por não atender e restituir a chamada posteriormente. Contudo, a utilização de estratégias como o uso de toque terapêutico, a escuta ativa e a resposta empática ajudam a colmatar os constrangimentos referidos, conseguindo-se identificar a utilização de passos associados ao protocolo NURSE (Kaplan, 2010). Para além disso, sempre que possível, as enfermeiras tentam articular com a equipa dos serviços no sentido de averiguar se existe um local mais calmo onde se possam abordar assuntos mais complexos. Assim, pude observar que as enfermeiras tentam minimizar o impacto das limitações sentidas, potencializando as restantes estratégias comunicacionais no âmbito da transmissão e gestão de más notícias.

Ao longo deste relatório tem-se referido que foi sentida alguma vulnerabilidade inicial ao ter de me despojar de outras técnicas para estar em frente ao doente e à família, centrando-me nas técnicas comunicacionais. Isso é algo que as enfermeiras da equipa intra-hospitalar fazem no seu quotidiano, dado que é através da comunicação que acedem aos significados das pessoas a quem prestam cuidados. Pude confirmar que as enfermeiras têm em consideração o protocolo S-P-I-K-E-S no que diz respeito à transmissão e gestão de más notícias. Contudo, enaltece-se mais uma vez o facto de estes momentos surgirem de modo não planeado, quando a enfermeira se desloca até ao serviço de internamento para falar com a pessoa em questão: é nesta altura que a enfermeira se vê confrontada com as perguntas, com os receios e dúvidas que a pessoa possa apresentar. Reforça-se, assim, a importância dos enfermeiros terem formação no âmbito desta temática, que lhes permita estarem preparados para intervir adequadamente (Abbaszadeh, A. et al., 2014; Edwards, 2010; Warnock, 2014).

No decorrer deste contexto estágio surgiu a oportunidade de se realizar um *journal club* a partir da análise de um artigo científico que se enquadrasse na temática. Após validação da enfermeira chefe e enfermeiras orientadoras, foi seleccionado o artigo "*Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative*

*study*” (Caswell et. al, 2015) (Anexo I). Após a análise do artigo, procedeu-se a uma apresentação à equipa multidisciplinar do serviço, através de um grupo de diapositivos em *powerpoint* (plano de sessão em apêndice XV). No final, não apliquei folha de avaliação da sessão, mas houve espaço para debate: os profissionais consideraram que este artigo era adequado não só à temática em estudo, mas igualmente às vivências diárias da equipa. Enalteceram a importância de se continuar a promover a investigação científica no âmbito dos cuidados paliativos, bem como no impacto que a comunicação tem nos resultados dos cuidados, especificamente quando é necessário transmitir e gerir más notícias (algo que a equipa considerou afetar não só doentes e famílias, como também os profissionais).

Com as atividades deste objetivo específico tornou-se possível desenvolver as competências: “Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010); “Avalia as necessidades do doente e família, tendo em consideração os fatores físicos, sociais, culturais, psicológicos e espirituais”, “Promove ativamente a prestação de cuidados baseados na evidência não só no próprio desenvolvimento profissional, mas também na aprendizagem de outros profissionais de saúde”. e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

No que diz respeito ao objetivo específico “**Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados no âmbito da transmissão e gestão de más notícias**”: no momento em que o estágio decorreu, a instituição encontrava-se numa situação de transição, dado que se encontrava em curso uma informatização dos registos, com a implementação de um programa informático. A nível de registos de enfermagem escritos, era seguido um modelo com base na teórica Virgínia Henderson (Tomey, 2004). Pude comprovar que é atribuída uma grande relevância ao registo de intervenções que envolvam a comunicação, domínio no qual se encontra inserida a temática das más notícias. Nos registos de enfermagem é contemplado não só aquilo que o doente transmitiu sobre o modo como se sente, mas também a observação realizada e os contributos dados pelos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados nos serviços. O contexto de uma “má notícia” é diverso, ao se ter presente que a definição de má notícia

depende da subjetividade e características da pessoa em questão (Buckman, 2005). Para além disso, é igualmente alvo de registo escrito qual a compreensão do doente/família face ao que foi abordado, bem como a necessidade de reavaliações, já que no término de cada interação é combinado com o doente/família quando haverá uma próxima intervenção. São, assim, perceptíveis alguns passos intrínsecos ao protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005).

Contudo, vivenciava-se um processo de adaptação, com a implementação do registo informático, tendo como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2011b). Tal constitui um desafio não só pela apropriação intrínseca de um novo sistema, mas também pela necessidade de se adaptar a parametrização de dados que possibilitem um adequado registo das intervenções comunicacionais, de forma rigorosa e científica. Um dos benefícios desta mudança é não só o facto dos profissionais da equipa intra-hospitalar terem facilmente acesso aos registos de enfermagem e clínicos do serviço de internamento, mas também que os profissionais do internamento tenham conhecimento sobre qual foi a intervenção da equipa de suporte. Este facto contribui para uma melhor articulação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

No que diz respeito a estratégias orais que promovam a continuidade dos cuidados, é diariamente transmitido entre os profissionais da equipa aquilo que foi abordado com os doentes e/ou famílias. Inicialmente a enfermeira desloca-se sozinha ao serviço para observar o doente, dado que a médica se encontra no serviço de apoio domiciliário. Aquando do seu regresso dos cuidados nos domicílios, a enfermeira reúne-se com a médica de modo a transmitir a sua observação e, sempre que necessário, deslocam-se as duas ao serviço para intervir de forma conjunta com o doente/família. É igualmente importante realçar o facto da psicóloga e da assistente social estarem presentes nas reuniões de equipa, de modo a que todos tenham perceção das necessidades do doente/família. Para além disso, investe-se numa articulação com a equipa multidisciplinar do serviço de internamento, de modo a se elaborar um plano de cuidados coerente e ajustado. Fomenta-se um papel ativo tanto do doente como da sua família. A articulação entre todos os intervenientes irá promover a discussão de um plano terapêutico o mais adequado possível à situação vivida pela pessoa e família.

Com estas atividades, desenvolveram-se as competências “Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas” e “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010).

Referentemente ao objetivo específico **“Aplicar os conhecimentos e estratégias desenvolvidos no âmbito da transmissão e gestão de más notícias”**: os profissionais da equipa têm a sua intervenção algo limitada, visto que apenas podem intervir quando os médicos assistentes dos serviços de internamento solicitam o seu apoio. O que pude constatar é que essa solicitação muitas vezes ainda é feita apenas quando os médicos assistentes esgotaram as opções terapêuticas ou aquando de necessidade de referenciação para unidades de cuidados paliativos. Na minha opinião, o investimento em formação em cuidados paliativos poderá ser benéfica para que todos os profissionais fiquem mais esclarecidos quanto à intervenção de uma equipa intra-hospitalar. Tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira aos serviços de internamento e de prestar cuidados à pessoa com doença oncológica e família, bem como de articular com os enfermeiros dos serviços. Contextualizei sempre a minha presença, solicitando consentimento para poder participar nos cuidados, conforme preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (2005). Foram realizados registos de enfermagem inerentes aos cuidados prestados, acompanhada pelas enfermeiras orientadoras, face ao momento de transição vivido com a informatização dos registos. O facto de as enfermeiras orientadoras se encontrarem elas próprias num momento de adaptação, proporcionou um ambiente de debate sobre o modo de registar as intervenções referentes à comunicação de más notícias, enriquecendo as experiências.

Mais uma vez se enaltece a importância do apoio à família e de se refletir que a pessoa doente existe para além do contexto hospitalar: apesar de haver exceções, a família é quem melhor conhece o doente, tendo os próprios familiares de lidar com as más notícias que vão surgindo. A situação vivida pelo Sr. M. e a sua forte ligação à família esteve na origem da primeira reflexão de aprendizagem realizada neste local de estágio (Apêndice XVI). O Sr. M. vive uma relação muito próxima e apaixonada com a sua esposa (Sra. A.), sendo esta uma figura central nos cuidados ao Sr. M. Nesta situação a Sra. A. questionou se, com este internamento, o Sr. M. iria melhorar, ficando mais forte e retomando o seu estado prévio à hospitalização: a



presença crescente de sintomas como a dor e a necessidade de ajuda nas atividades de vida constituíam “más notícias” para a esposa do Sr. M. Esta interação é um dos exemplos em que, de forma não planeada, emergiu a necessidade de intervir no âmbito da transmissão e gestão de más notícias e da gestão de expectativas.

Ao longo do estágio contactei com diversas situações complexas em que foi necessário utilizar as competências no âmbito da comunicação de más notícias. Estive sempre acompanhada pelas enfermeiras orientadoras, que me davam espaço para intervir sempre que me sentisse à vontade para tal. Para além disso, sempre que saímos do serviço discutíamos a situação, as intervenções e o que se poderia ter feito melhor: creio que isto foi bastante enriquecedor e sublinhou que esta é uma aprendizagem contínua em que os profissionais aprendem muito uns com os outros. Contudo, acredito que o facto dos doentes apenas serem referenciados para a equipa intra-hospitalar em estadios avançados da doença, limita a intervenção, dificultando a atuação em domínios como é o caso da comunicação de más notícias.

Considero que consegui atingir este objetivo específico, desenvolvendo as seguintes competências: “Cuida de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011); “Explica informação relevante ao doente oncológico e família, avaliar a sua compreensão e prestar esclarecimento e apoio, sempre que necessário”, “Demonstra o uso de técnicas comunicacionais para promover o bem – estar da pessoa com doença oncológica, como por exemplo: técnicas de gestão de emoções e escuta ativa” e “Utiliza estratégias baseadas na evidência para lidar com os aspetos comunicacionais” (EONS, 2013).

No que concerne ao objetivo específico “**Analisar as intervenções utilizadas na transmissão e gestão de más notícias**”, tenho de sublinhar que os profissionais desta equipa intra-hospitalar atribuem uma grande importância à reflexão e ao debate em equipa. Considera-se fundamental que uma equipa tenha como características: objetivos em comum, comunicação eficaz, motivação,

reconhecimento, flexibilidade, *empowerment* e dinâmicas de grupo (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010; Twycross, 2003). Nesta equipa pude observar que existe espaço para todos os profissionais partilharem o que pensam, debaterem-se ideias e opções terapêuticas, partilhando-se dúvidas. Creio que isto é fundamental, considerando não só a singularidade com que cada pessoa vive a sua situação de doença oncológica, mas também considerando as questões éticas inerentes, a necessidade de se estar preparado para lidar com o sofrimento e contexto da terminalidade. Este facto fez com que sentisse necessidade de realizar uma reflexão de aprendizagem (Apêndice XVII): na situação abordada é possível verificar que, tal como defende Watson (2002), os enfermeiros são parte integrante da relação terapêutica, sentindo-se influenciados por esta. Na situação alvo de reflexão, a recusa de cuidados por parte do doente e os seus motivos assumiram-se como más notícias para a esposa, mas tiveram igualmente impacto nos profissionais, que sentiram necessidade de debater a questão em equipa. Esta situação contribuiu para que acredite ainda mais na importância de haver espaço nas equipas para que os enfermeiros possam exteriorizar as suas dúvidas, emoções e questionamentos: isto é favorável não só ao desenvolvimento profissional mas igualmente pessoal, algo que é essencial no desenvolver de competências no âmbito da temática em estudo. Por outro lado, fiquei triste por esta situação me ter prendido tanto a atenção, uma vez que comprova que isto ainda não é comum em muitas equipas multidisciplinares. Para além das duas reflexões de aprendizagem referidas, procederam-se a momentos de reflexão não só com os orientadores, mas também em equipa, que me possibilitaram desenvolver as competências “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” e “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010). Exemplos destes momentos são os momentos de discussão com as enfermeiras orientadoras após cada interação com os doentes e o debate ocorrido no final do *journal club* apresentado.

O último objetivo específico a analisar é o de **“Contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem relativamente à transmissão e gestão de más notícias, de um serviço de Medicina de um Hospital da área de Lisboa<sup>10</sup>”**. Este é o serviço onde trabalhava inicialmente e onde fiz o diagnóstico quanto às necessidades dos enfermeiros trabalharem a transmissão e gestão de más notícias.

---

<sup>10</sup> As atividades inerentes a este objetivo específico foram desenvolvidas durante a realização do estágio na equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos

Apesar do estágio nesse serviço ter sido indeferido, houve a oportunidade de realizar atividades de formação sobre a temática da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Antes das sessões de formação, realizei uma sondagem de opinião por escrito a 58,1% da equipa de enfermagem de modo a identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a temática e averiguar as suas necessidades formativas (Apêndice XVIII). Da análise dos resultados (Apêndice XIX) emergiu que 96% consideram que surgem momentos de comunicação de más notícias na prestação de cuidados. Também 96% afirmaram que não têm formação na temática. A totalidade da amostra considera importante realizar formação no âmbito da transmissão e gestão de más notícias. Relativamente às dificuldades sentidas, a análise de conteúdo possibilitou constatar que as categorias mais preponderantes que emergiram foram o défice de conhecimento dos enfermeiros na abordagem à temática e a dificuldade na gestão de reações que podem advir da transmissão de uma má notícia.

Quando questionados sobre que aspectos que gostariam de ver discutidos sobre este tema, a categoria que emergiu com maior preponderância foi a abordagem de protocolos/*guidelines*/estratégias de comunicação de más notícias ao doente/família. Contudo, gostaria de salientar o facto de ter emergido a necessidade não só de se esclarecer a competência do enfermeiro face à transmissão e gestão de más notícias, como também a necessidade de discussão de casos práticos. Neste sentido foram elaboradas duas sessões de formação, a cerca de 58,1% da equipa de enfermagem, denominadas “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: competência de enfermagem” (Apêndice XX) e “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: intervenção de enfermagem” (abordando-se nesta última um caso prático e discutindo a intervenção de enfermagem no contexto da temática em estudo) (Apêndice XXI). Foi extremamente gratificante poder partilhar com a equipa em questão as experiências que vivi ao longo deste percurso, bem como as competências desenvolvidas neste âmbito.

Os enfermeiros presentes nas duas sessões de formação mostraram bastante receptividade, tendo participado ativamente, colocando dúvidas sobre o tema e debatendo espontaneamente sobre casos práticos vividos no serviço. Na generalidade, verbalizaram não conhecer o protocolo S-P-I-K-E-S até ao momento,

considerando que, intuitivamente, até já praticavam alguns dos seus seis passos. Neste sentido, foi realizado um *Poster* (Apêndice XXII) sobre o protocolo S-P-I-K-E-S para consulta rápida e que se encontra afixado na sala de enfermagem do serviço. Na sessão de formação sobre a intervenção de enfermagem, foi apresentada a *checklist* elaborada neste percurso sobre estratégias de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias, que os enfermeiros avaliaram como pertinente, e foi demonstrado interesse em que ficasse disponível para utilização no serviço. Foi, assim, elaborado um guia orientador para os enfermeiros sobre a temática, que ficou disponível no serviço para consulta, após validação pelo enfermeiro-chefe (Apêndice XXIII). Após a realização das sessões de formação aplicou-se uma folha de avaliação das mesmas (Apêndice XXIV) em que uma das perguntas questionava os enfermeiros sobre os contributos das sessões para a sua prática de cuidados e quais. A totalidade da amostra respondeu que os contributos foram positivos, emergindo da análise de conteúdo as seguintes categorias, por ordem decrescente de frequência: conhecimento de técnicas/*guidelines* de transmissão e gestão de más notícias, esclarecimento do papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias, discussão de casos práticos no âmbito da temática, reflexão sobre a melhoria da prática no que diz respeito à equipa multidisciplinar e validação de conhecimentos já adquiridos. Foi gratificante o facto de, posteriormente, ter recebido *feedback* de colegas que referiram já ter mobilizado alguns dos recursos adquiridos nas sessões e que estes conhecimentos os ajudam a sentir-se menos desconfortáveis face à transmissão e gestão de más notícias. Para além disso, recebi *feedback* de colegas que verbalizaram ter refletido sobre o papel do enfermeiro no âmbito desta temática, tendo deixado de associar apenas à transmissão de um diagnóstico ou prognóstico por parte de um médico.

Na generalidade, creio que atingi este objetivo específico, tendo em consideração as atividades desenvolvidas. Contudo, tinha-me proposto a aplicar a sondagem de avaliação diagnóstica e a realizar as sessões de formação a, pelo menos, 60% da equipa de enfermagem, valor que não consegui atingir, tendo em consideração a não participação de mais elementos por motivos diversos: férias, atestados, indisponibilidade para participar, entre outros. Apesar disso, consegui abranger 58,1% da equipa, aproximando-me da fasquia inicialmente proposta. Com as atividades inerentes a este objetivo específico considero que consegui

desenvolver as seguintes competências: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo” (OE, 2010), “Identificar e transmitir quais são os diferentes papéis, funções e responsabilidades de um enfermeiro a prestar cuidados a pessoas com doença oncológica para responder com efetividade às necessidades dessa população”, “Contribui para a articulação da equipa multidisciplinar, de modo a promover uma comunicação eficaz, que beneficie a prestação de cuidado” e “Promove ativamente a prestação de cuidados baseados na evidência não só no próprio desenvolvimento profissional, mas também na aprendizagem de outros profissionais de saúde” (EONS, 2013).

#### 4. AVALIAÇÃO

Uma prática reflexiva possibilita uma mudança de comportamentos, tendo o potencial de aumentar a eficiência dos profissionais, melhorando a qualidade e, logo, os resultados dos cuidados em saúde (Paget, 2001). Ao longo deste relatório procurou-se refletir sobre o percurso formativo, sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas. A reflexão é encarada como um instrumento de aprendizagem e o seu valor reside no desenvolvimento de conhecimentos que possibilitam o desenvolvimento pessoal e profissional (Alarcão, 2001). Pressupõe uma atividade intencional de alguém que se mostra receptivo a mudar práticas (Santos & Fernandes, 2004). Ao considerar-se que a comunicação de más notícias é uma temática complexa para todos os intervenientes, a reflexão constitui-se neste percurso como uma ferramenta útil para aumentar o grau de autoconhecimento e desenvolver estratégias que contribuam para uma comunicação eficaz (McGuigan, 2009). Neste capítulo irá ser realizada a avaliação deste percurso utilizando a análise *SWOT* (Teixeira, 2005)<sup>11</sup>.

O estágio realizado no STM constituiu o momento em que me deparo com uma sensação de vulnerabilidade. Ao ter desenvolvido a minha atividade profissional até ao momento em serviços de internamento, considero que em alguns contextos ainda se vivencia uma realidade com características do modelo biomédico, o que nem sempre é favorável ao desenvolvimento de estratégias comunicacionais. Deste modo, neste primeiro local de estágio pude centrar-me na comunicação enquanto técnica que é, delineando um trajeto de desenvolvimento profissional, mas igualmente trabalhando a minha autoconfiança. As especificidades inerentes ao cuidar de uma pessoa submetida a um transplante medular possibilitaram um grande contacto com a pessoa doente, e logo, o desenvolvimento de uma maior relação de proximidade. Considero que esta proximidade contribui para conhecer a pessoa na sua globalidade, interpretando não só a sua comunicação verbal, como também a não-verbal. Pude igualmente constatar que as pessoas submetidas a um transplante medular se deparam frequentemente com más notícias, com as quais é essencial que os enfermeiros saibam lidar e gerir, e que fazem denotar a

---

<sup>11</sup> Esta é uma ferramenta bastante utilizada em gestão para realizar um diagnóstico estratégico. É uma análise que deve ser dinâmica, composta pelas palavras *strengths* (pontos fortes), *weaknesses* (pontos fracos), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças). (Teixeira, 2005).

subjetividade e singularidade inerente à vivência de uma doença oncológica. Atento que o facto de me ter sentido bem acolhida na equipa foi um elemento facilitador para o desenvolvimento das atividades propostas e, logo para o desenvolvimento de competências. Neste sentido, os momentos de partilha e de discussão com a enfermeira orientadora foram extremamente enriquecedores, uma vez que não só detinha uma grande experiência ao nível da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a transplantação medular, como também desenvolveu o seu trabalho de mestrado no âmbito da temática da comunicação de más notícias.

Ao relembrar as experiências vividas no Serviço de Cuidados Paliativos, constato que a prestação de cuidados à família foi um elemento fundamental no desenvolvimento de competências. Foi possível participar em conferências familiares e em momentos informais de prestação de cuidados que viabilizaram compreender que a doença oncológica é realmente uma doença da família, que afeta a sua dinâmica e exige o reajustamento de todos os seus elementos face às mudanças que vão surgindo. Assim, o apoio à família é crucial na prestação de cuidados em oncologia. Para além disso, foi muito enriquecedor poder aprender com uma equipa que contacta frequentemente com a transmissão e gestão de más notícias e, por conseguinte, que tem grandes competências desenvolvidas nesta temática, associando a evidência científica à prática diária de cuidados. Pude, assim, não só aprender e treinar estratégias de transmissão e gestão de más notícias na prática de cuidados, mas também identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para que esta temática seja integrada nos registos de enfermagem e na articulação da equipa multidisciplinar. É importante ainda realçar que o facto de este ser o segundo local de estágio possibilitou que fosse cimentando as aprendizagens desenvolvidas no local de estágio anterior, bem como estar disponível e mais confiante para me expor às situações da prática de cuidados sem me sentir tão insegura.

O facto de realizar estágio numa Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos veio complementar este percurso, dado que sempre trabalhei em serviços de internamento. Poder integrar esta equipa viabilizou não só que desenvolvesse competências no âmbito da temática em estudo, mas igualmente que conhecesse uma realidade distinta daquela que me é familiar. Foi muito enriquecedor poder observar o modo como os profissionais desta equipa trabalham em articulação constante, promovendo uma comunicação eficaz e espírito de equipa que promove

uma maior qualidade dos cuidados, mas também o bem-estar dos próprios profissionais. O apoio de uma equipa intra-hospitalar especializada é fundamental para se promover a qualidade de vida de pessoas com necessidades paliativas. Na minha opinião, seria benéfico um investimento crescente em formação em cuidados paliativos que possibilitasse que as equipas multidisciplinares e, logo, as pessoas doentes e suas famílias, pudessem beneficiar mais da intervenção específica dos profissionais das equipas de cuidados paliativos.

O Artigo 76º do Código Deontológico do Enfermeiro salvaguarda que é dever do enfermeiro “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. (OE, 2005, pág. 35). Assim, para além do desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pretendia-se promover a melhoria de cuidados. Neste sentido, foram desenvolvidas atividades no decorrer dos estágios que contribuíssem para uma formação contínua no âmbito da temática em estudo. A *EONS* (2013) sublinha a importância de não só promover o próprio desenvolvimento profissional, mas também de se contribuir para a aprendizagem de outros profissionais. Deste modo, é igualmente importante salientar as atividades desenvolvidas com a equipa de enfermagem do serviço de Medicina onde trabalhava inicialmente, com o intuito de contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a transmissão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, tendo obtido um *feedback* bastante positivo. Assim, as atividades realizadas ao longo dos três locais de estágio viabilizaram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010), competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011) e competências da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2013) e que foram abordadas no anterior capítulo deste relatório, articulando com cada objetivo estabelecido.

Relativamente a pontos fracos, acredito que o facto de ter realizado estágio no Serviço de Cuidados Paliativos num período de transição de local de trabalho poderá ter sido limitativo e influenciado a experiência vivida por estar sujeita a níveis de *stress* e ansiedade mais elevados. Deste modo, senti alguma dificuldade de conjugação entre o desempenho laboral na instituição, a realização dos estágios, o



tempo necessário para trabalho autónomo e a vida pessoal. Como limitação, considero que é importante acrescentar a escassez de evidência científica específica em enfermagem no que diz respeito à temática em estudo, uma vez que a literatura se encontra mais direccionada para a intervenção médica.

Como oportunidades enalteço a disponibilidade das enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, bem como das respetivas equipas de enfermagem. O seu acompanhamento e orientação proporcionaram a oportunidade de enriquecimento profissional e pessoal com os contextos e seus peritos e, logo, facilitaram o desenvolvimento de competências a que me propus. Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e família, no âmbito da transmissão e gestão de más notícias é igualmente outra das oportunidades inerentes a este percurso formativo.

Como ameaça destaco o facto do último local de estágio não ter sido o local onde desempenho funções. Assim, não foi possível implementar o projeto de intervenção como inicialmente preconizado. Contudo, houve interesse e receptividade para que fossem realizadas atividades de formação pontuais no serviço de Medicina em que trabalhava e onde o pedido de realização de estágio tinha sido indeferido.

No livro “De Iniciado a Perito” (Benner, 2001) aplicou-se o modelo de aquisição de competências de Dreyfus à Enfermagem, havendo 5 níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis são o reflexo da mudança que uma pessoa passa aquando da aquisição de uma competência. No início deste percurso encontrava-me no nível de iniciada avançada no âmbito da transmissão e gestão de más notícias, uma vez que ter prestado cuidados numa Unidade de Cuidados Paliativos e ter uma Pós-graduação em Cuidados Paliativos contribuíram para ter tido algum contacto com esta temática. Considero que, com o desenvolvimento inerente a este percurso formativo, atingi os objetivos a que me propus e alcancei o nível de proficiente. A enfermeira proficiente “(...) apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados (...) a perceção é aqui uma palavra-chave (...) esta compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspectiva que lhe permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes.” (Benner, 2001, p. 55).

## 5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Segundo o Programa Nacional de Doença Oncológicas (DGS, 2016), o cancro é um dos grupos de doenças que pertence ao presente e ao futuro e que requiere uma intervenção multidisciplinar dos profissionais de saúde. Esta é uma realidade para a qual se tem de estar preparado, sendo necessária uma abordagem política e social pelo impacto que a doença apresenta na sociedade e na economia. Assim, o enfermeiro deverá ter uma total participação na relação terapêutica, numa abordagem não paternalista em que procura ajudar o outro a encontrar maior autoconhecimento e significado na sua existência, procurando minimizar os efeitos adversos provocados pela doença (Watson, 2002). A evidência científica aponta as competências comunicacionais como algo fulcral para a qualidade dos cuidados, reforçando-se a importância de um maior investimento na formação inicial e contínua, devendo os próprios contextos de trabalho serem envolvidos nestas questões (Pereira, 2005). A necessidade de adaptação constante face à doença oncológica faz com que seja essencial saber intervir face a conversas difíceis, desenvolvendo-se as estratégias imprescindíveis para transmitir e gerir más notícias.

Patrícia Benner (2001) defende que é preciso que o enfermeiro desenvolva competências que permitam saber mobilizar os diferentes tipos de conhecimento coerentemente. Este percurso formativo visou o desenvolvimento de competências de enfermagem especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente oncológica, no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. Neste relatório apresentaram-se as atividades desenvolvidas ao longo dos três contextos de estágio e os seus resultados. É igualmente importante salientar que se realizou a análise crítica e reflexiva das aprendizagens e foram prestados cuidados à pessoa com doença oncológica e família, em colaboração com as equipas dos contextos. A pesquisa e leitura de evidência científica, bem como a construção de documentos como a *Scoping Review* e as sessões de formação foram também estratégias essenciais para o alcançar dos objetivos delineados e desenvolver das competências propostas.

Para além disso, pretendeu-se promover a melhoria dos cuidados de enfermagem. Apesar de não ter sido possível concretizar o projeto como inicialmente delineado, considero que os obstáculos são partes integrantes de um percurso formativo: é o modo como se lida com o inesperado que poderá fazer a

diferença. Neste sentido, foram desenvolvidas sessões de formação e construídos documentos de apoio à prática, que contribuíram para a capacitação da equipa de enfermagem de um serviço de Medicina relativamente à transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica/família. O facto de a equipa me reconhecer como par foi um aspeto que contribuiu para uma maior recetividade, bem como para obter um *feedback* positivo posterior à realização das mesmas.

Considerando que a questão de pesquisa era “Quais as estratégias de comunicação do enfermeiro no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família?”, pôde-se verificar que o protocolo S-P-I-K-E-S é uma das estratégias orientadoras mais utilizada. Contudo, constatou-se igualmente que a maior parte da evidência se encontra direcionada para a intervenção médica e que o S-P-I-K-E-S poderá ser limitador no âmbito da enfermagem por parecer estar construído para situações de entrevista planeadas. O facto de nem sempre se conseguir planear estes momentos faz com que seja essencial que o enfermeiro desenvolva estratégias de comunicação que possibilitem adequar os cuidados. Deste modo, tornou-se pertinente apresentar um “protocolo de enfermagem” em que foi construída uma *checklist* de estratégias construída com base na literatura, na observação da prática e na experiência profissional.

Em síntese, o percurso analisado neste relatório possibilitou um desenvolvimento profissional e pessoal significativo. O desenvolvimento de competências pressupõe que as aprendizagens se baseiem na reflexão da prática e na articulação harmoniosa com a teoria (Silva, 2007). Deste modo, as aprendizagens são contínuas e evolutivas, perspetivando-se prosseguir a formação, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Na instituição em que agora trabalho houve interesse e recetividade para apresentar não só o trabalho desenvolvido neste percurso, mas igualmente contextualizar aos profissionais como se procede à realização de uma *Scoping Review*. Especificamente no serviço em que trabalho as más notícias em oncologia são uma realidade frequente. Seria interessante avaliar como os enfermeiros perspetivam a intervenção de enfermagem na temática em estudo, ponderando-se a apresentação e utilização da *checklist* de estratégias elaborada. Para além disso, este percurso motivou-me ainda mais para aprofundar a minha formação e conhecimentos no âmbito dos Cuidados Paliativos, sendo algo a que pretendo dar continuidade no futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbaszadeh, A. et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7 (17), p. 1 – 7.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, (6), 53-59.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2013). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Araújo, M. & Silva M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 46 (3), p. 626-632.
- Arnold, S. & Koczwara B. (2006). Breaking Bad News: Learning Through Experience. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (31), p. 5098 – 5100.
- Arranja, A. (2014). *Gestão do Impacto da Comunicação de Más Notícias na Pessoa com Doença Oncológica e sua Família – Papel do Enfermeiro* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Astudillo, W., Mendinueta, C. & Munoz, A. (2002). Medidas para mejorar la relación familia-equipo de apoyo. In Astudillo, W., Mendinueta, C. & Astudillo, E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a sua familia* (pág. 387-407). Navarra: Ediciones Universidad de Navarra.
- Baer, L. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Oncology Nursing Society*, 17 (3), 45 – 51.
- Baile, W. & Parker, P. (2011). Breaking bad news. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 - 112). Oxford: Oxford University Press.

- Bailey, C. (2001). Cancer, care and society. In Corner, J. & Bailey, C. (Ed.) *Cancer Nursing: Care in Context* (p. 26-45). Oxford: Blackwell Science.
- Bakitas, M., Bishop, M. & Caron, P. (2010). Hospital-based palliative care. In Ferrel, B. & Coyle, N. (Ed.) *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª Ed. (p. 53 – 86). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Editorial Just in Time S. L.
- Barbosa, A. (2010a). Bioética e Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 723 – 748). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010b). Processo de Deliberação Ética. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 693 – 722). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Becze, E. (2010). Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *ONS Connect*, p. 14 – 15.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). Trabalho em Equipa. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 761 – 772). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult. *British Medical Journal*, 288, p. 1597-1599.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions: Skills and effort are key. *BMJ*, 325, p. 672.

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Cassidy, J., Bissett, D., Obe, R. (2002). *Oxford Handbook of Oncology*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Caswell, G., et. al (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *Palliative Care*. 14(35), p. 1-14.
- Coelho, M. (2012). *Comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI*. (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Cooney, A. (1999). Reflection demystified: answering some common questions. *British Journal of Nursing*, 8 (22), p. 1530 – 1534.
- Dahlin, C. (2010). Communication in Palliative Care: Na Essential Competency for Nurses. In Ferrel, B. & Coyle, N. (Ed.) *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª Ed. (p. 107 – 136). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Davies, B. & Steele, R. (2010). Supporting families in palliative care. In Ferrel, B. & Coyle, N. (Ed.) *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª Ed. (p. 613 – 628). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Despacho 10429/2014 de 1 de Agosto (2014). Diário da República II Série, Nº 154 (12/08/2014) 20826-20827.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal – Doenças Oncológicas em Números, 2015 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. Carta dos Direitos do Doente Internado, acessado em 2 de Abril de 2017, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Doente\\_Internado.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf)

Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12 (10), 495 – 497.

Eid, A., Petty, M., Hutchins, L. & Thompson, R. “Breaking Bad News”: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. *Journal of Cancer Education*, 24 (2), p. 154 – 159.

Espadinha, A. & Santos, V. (2012). Conceito psicológico e transcultural do cancro como doença. *Journal of Aging and Innovation*, 1 (5), acessado em Março de 2017 e disponível em <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-5-2012/conceito-cancro-como-doenca/>.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2013*. 4ª Ed. Bruxelas: European Oncology Nursing Society.

Filho, C. et al. (2006). *Literatura Cinzenta: Teses. Eventos. Relatórios*. Trabalho oferecido pelo Departamento de Biblioteconomia e Documentação. Universidade de São Paulo, Escola de Comunicação e Artes.

Flammant, R. (1997). The Relationship with the Cancer Patient. In Surbone, A. & Zwitter, M. (Ed.) *Communication with the Cancer Patient – Information & Truth* (p. 361 – 366). Nova Iorque: The New York Academy of Sciences.

França, Z. (2010). Um doente é mais do que um corpo enfermo. In Neto, I. (coord) *Cuidados Paliativos: testemunhos* (p. 103-110). Lisboa: Alêtheia Editores.

Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), p. 163 – 167.

- Gonçalves, J. (2009). *A Boa-Morte – Ética no Fim da Vida*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 749 – 760). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Hallenbeck, J. & Periyakoil, V. (2011). Intercultural communication in palliative care. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 389 – 398). Oxford: Oxford University Press.
- Helft, P. et al. (2011). Oncology Nurses' attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of Oncology Nursing Society Members. *Oncology Nursing Forum*, 38 (4), p. 468 – 474.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care*. Reino Unido: Nelson Thornes Ltd.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), p. 514 – 516.
- Leão, M. & Albuquerque, E. (2015). *Cuidados Paliativos em Oncologia*. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 73 – 84 ). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Li, J. et al. (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 2463 – 2470.
- Lima, K. & Bernardino E. (2014). O cuidado de enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 23 (4), p. 845 – 853.



- Lopes, C. & Graveto, J. (2010). Comunicação de notícias: receios de quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2), p. 257 – 263.
- Magalhães, L. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Magnusson, K. & Robinson, L. (2000). The practice base of cancer nursing. In Kearney, N., Richardson, A. & Di Giulo, P. (Ed.) *Cancer Nursing Practice: a textbook for the specialist nurse* (p. 19-38). London: Churchill Livingstone.
- Malloy, P. et al. (2010). Beyond bad news: communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12 (3), 166-174.
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. *Revista de Ciências da Educação*, 8, p. 7 – 22.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472 – 479.
- McCray, N. (2000). Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida. In Otto, S. (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (pág. 893 – 912). 3ª Ed. Lisboa: Lusociência.
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*, 23(31), 51-55.
- Meleis, A. (2010) *TRANSITIONS THEORY- Middle Range and Situations Specific Research and Practice*. New York. SPRINGER PUBLISHING COMPANY.
- Mergulhão, E. (2013). *Capacitação do enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico submetido a Cirurgia Paliativa* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Merkle, C. (2011). The Biology of Cancer. In Yarbro, C., Wujcik, D. & Gobel, B. (Ed.) *Cancer Nursing: Principles and Practices* (pág. 1 – 21). Londres: Jones and Bartlett Publishers.
- Mukherjee, S. (2012). *The Emperor of all Maladies: a biography of cancer*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Neil, R. (2002). Jean Watson – Filosofia e Ciência do Cuidar. In Tomey A. & Alligood, M. (Coord.) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, (p. 163-184). Loures: Lusociência.
- Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 68-74.
- Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 1 – 42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Onan, N., Barlas, G., Karaca, S., Yildirim, N., Taskiran, O. & Sumeli, F. (2015). The Relations Between Perceived Stress, Communication Skills and Psychological Symptoms in Oncology Nurses. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5 (3), 170 – 177.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*.

Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (2012). *Globocan: estimated cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Acedido em Outubro de 2016. Disponível em [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).

Organização Mundial da Saúde (2014). *Global Status Report of Non Communicable Diseases 2014*. Acedido em Março de 2017. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).

Otis-Green, S. & Fineberg, I. (2011). Enhancing team effectiveness. In Ferrel, B. & Coyle, N. (Ed.) *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª Ed. (p. 1225 – 1238). Nova Iorque: Oxford University Press.

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspectiva Ética*. 2ªed. Loures: Lusociência.

Paget, T. (2001). Reflective practice and clinical outcomes: practioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, (10), 204-2014.

Palmer, C. & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9 (9), p. 24 – 27.

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.

Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: contributos para a formação em enfermagem*. Dissertação apresentada na

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação.

Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Perrenoud, P (1995). *Ofício de aluno e sentido do trabalho escolar*. Porto: Porto Editora.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pires, R. (2013). *Transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

Querido, A. & Bernardo A. (2010). Náuseas e vômitos. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 127 – 144). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 461 – 486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Razavi, D., Delvaux, N. & Hopwood, P. (1997). Improving communication with cancer patients: a challenge for the physicians. In Surbone, A. & Zwitter, M. (Ed.) *Communication with the Cancer Patient – Information & Truth* (p. 350 – 360). Nova Iorque: The New York Academy of Sciences.

Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão de Más Notícias na perspetiva do Enfermeiro* (dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Riley, B. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência

- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rocha, V. et al. (2016). Social impairment of patients undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), p. 454 – 460.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, (11), 59 – 62.
- Senge, P. (1990) *A quinta disciplina*. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.
- Silva, A. P. e (2007). “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11 – 20.
- Sontag, S. (1978). *Illness as a metaphor*. McGraw-Hill Ryerson Ltd.: Toronto, acessado em Março de 2017 e disponível em [https://monoskop.org/images/4/4a/Susan\\_Sontag\\_Illness\\_As\\_Metaphor\\_1978.pdf](https://monoskop.org/images/4/4a/Susan_Sontag_Illness_As_Metaphor_1978.pdf).
- Sousa, G. (2015). Oncologia – Aspectos Gerais. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Spitzer, T. (2001). Engraftment syndrome following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 27 (9), p. 893 – 898.
- Stefanelli, M., Carvalho, E. & Arantes, E. (2005). Comunicação e enfermagem. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 1 – 8). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Stefanelli, M. (2005). Conceitos teóricos sobre comunicação. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 28 – 46). Brasil: Editora Manole Ltda.

- Stefanelli, M. (2005b). Estratégias de comunicação terapêutica. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 73 – 104). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações*. 2ª Ed. Lisboa: Dashofer Holding Lda. E Verlag Dashofer, Edições Profissionais Sociedade.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Tomey, A. (2004). Virginia Henderson: definição de enfermagem. In Tomey, A. & Alligood, M. (coord). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ª Edição. Lisboa: Lusociência.
- Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Valizadeh, L., Taleghani, F., Howard, A. & Jeddian, A. (2014). Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experiences. *Nursing Ethics*, 21 (5), p.518 – 529.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), p. 51 – 58.
- Warnock, C., Tod., A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p. 1543 – 1555.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2017). *10 Caritas Processes*. Acedido em 20-03-2017. Disponível em <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>.

Wittenberg-lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), 152-158.

Zamanzadeh, V. et. al (2014). Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. *Indian Journal of Palliative Care*, 20 (1), p. 12 – 20.

# APÊNDICES



# **APÊNDICE I**

**Sondagem de opinião por escrito**

O meu nome é Mafalda Ferreira e sou estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-cirúrgica, vertente de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito, irei realizar um projeto de estágio que versa sobre a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família.

Este é um projeto formativo cuja realização tem o intuito de desenvolver competências na área referida e contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados no serviço onde trabalho. Deste modo, torna-se pertinente identificar os interesses e as dificuldades com que os colegas se deparam relativamente a esta temática, pelo que solicito o preenchimento do questionário que se segue, que é anónimo. A sua participação é fundamental para que o desenvolvimento deste projeto possa ir ao encontro às suas necessidades de formação.

Marque com um X uma das opções desejadas, exceto quando indicado que poderá marcar mais que uma.

Obrigada pela atenção!

1. Considera pertinente trabalhar a temática “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família”?

<input type="checkbox"/>	- Sim
<input type="checkbox"/>	- Não

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. No âmbito da prestação de cuidados, a transmissão de más notícias é algo que classifica como algo difícil?

<input type="checkbox"/>	- Sim
<input type="checkbox"/>	- Não

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Quais das seguintes opções considera serem barreiras que dificultam o processo de comunicação de más notícias?  
(possibilidade de marcar mais do que uma opção)

<input type="checkbox"/>	- Carência de formação específica em técnicas de comunicação
<input type="checkbox"/>	- Falta de articulação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar
<input type="checkbox"/>	- Receio de não saber como gerir as respostas emocionais e físicas que

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | podem advir dessa transmissão   |
| <input type="checkbox"/> | - Projeção de medos pessoais (de passar por algo semelhante, o recordar de experiências pessoais ou familiares) |
| <input type="checkbox"/> | - Falta de tempo para aprofundar a relação terapêutica com a pessoa   |
| <input type="checkbox"/> | - Falta de privacidade  |
| <input type="checkbox"/> | - A pessoa doente não querer receber informação   |
| <input type="checkbox"/> | - A família solicitar que a pessoa doente não seja informada  |
| <input type="checkbox"/> | - Nenhum dos acima mencionados  |
| <input type="checkbox"/> | - Outros  |

Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Sente-se preparado para a transmissão e gestão de más notícias às pessoas com doença oncológica e famílias a quem presta cuidados?

- |                          |       |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | - Sim |
| <input type="checkbox"/> | - Não |

Porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. A transmissão e gestão de más notícias são suscetíveis de lhe provocar:  
(possibilidade de marcar mais do que uma opção)

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | - <i>Stress</i> |
|--------------------------|-----------------|

- Angústia
- Ansiedade
- Insegurança
- Desconforto
- Impotência
- Frustração
- Nenhum dos acima mencionados
- Outros

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Quais os fatores que acredita que contribuem para o desenvolvimento de competências na transmissão e gestão de más notícias?

- Formação (cursos, *workshops*, entre outros)
- Experiência
- Ambos
- Outros

Quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada pela participação!

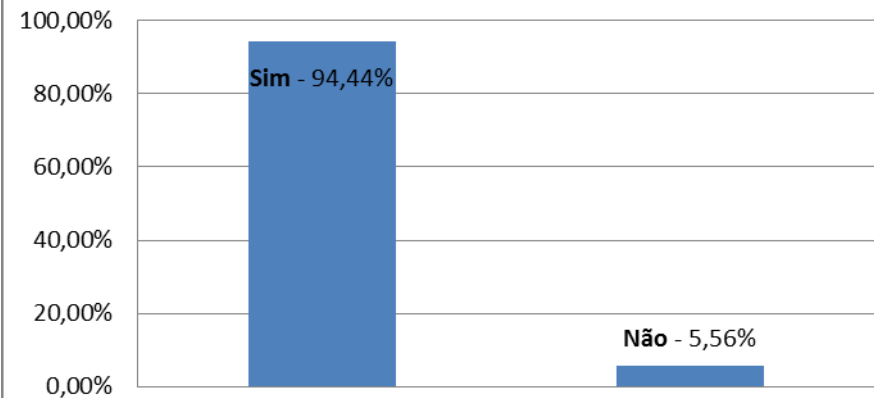
# **APÊNDICE II**

**Resultados de sondagem de opinião por escrito**

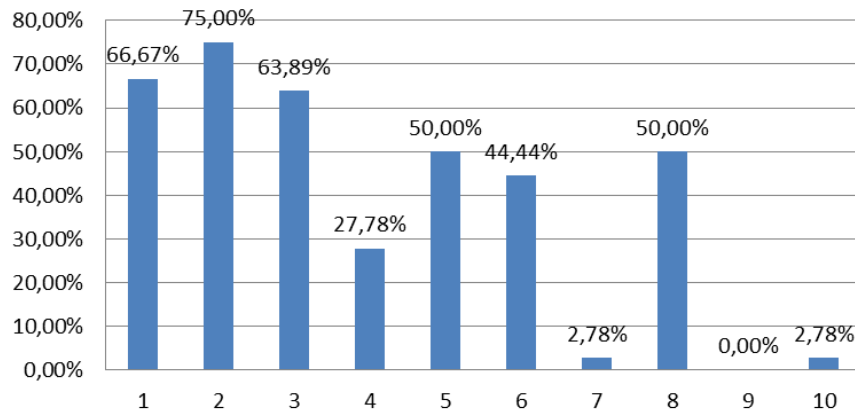
**Questão 1** - "Considera pertinente trabalhar a temática "Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família"?"



**Questão 2** - "No âmbito da prestação de cuidados, a transmissão de más notícias é algo que classifica como algo difícil? "



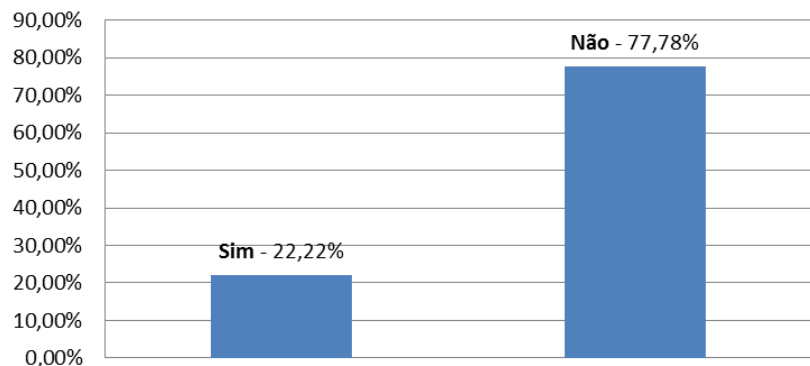
**Questão 3** - "Quais das seguintes opções considera serem barreiras que dificultam o processo de comunicação de más notícias? (possibilidade de marcar mais do que uma opção) "



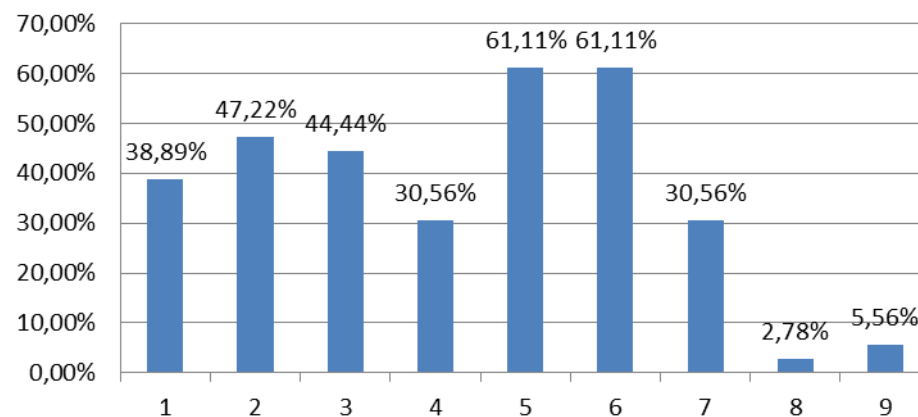
**Legenda do gráfico "Questão 3"**

1. Opção: *Carência de formação específica em técnicas de comunicação*
2. Opção: *Falta de articulação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar*
3. Opção: *Receio de não saber como gerir as respostas emocionais e físicas que podem advir dessa transmissão*
4. Opção: *Projeção de medos pessoais (de passar por algo semelhante, o recordar de experiências pessoais ou familiares)*
5. Opção: *Falta de tempo para aprofundar a relação terapêutica com a pessoa*
6. Opção: *Falta de privacidade*
7. Opção: *A pessoa doente não querer receber informação*
8. Opção: *A família solicitar que a pessoa doente não seja informada*
9. Opção: *Nenhum dos acima mencionados*
10. Opção: *Outros (quais?)*

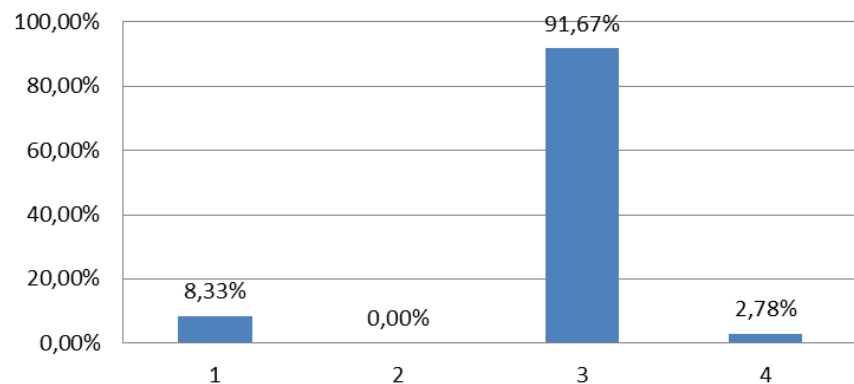
**Questão 4 - "Sente-se preparado para a transmissão e gestão de más notícias às pessoas com doença oncológica e famílias a quem presta cuidados?"**



**Questão 5 - "A transmissão e gestão de más notícias são suscetíveis de lhe provocar: (possibilidade de marcar mais do que uma opção)"**



**Questão 6 - "Quais os fatores que acredita que contribuem para o desenvolvimento de competências na transmissão e gestão de más notícias?"**



**Legenda do gráfico "Questão 5"**

1. Opção: *Stress*
2. Opção: *Angústia*
3. Opção: *Ansiedade*
4. Opção: *Insegurança*
5. Opção: *Desconforto*
6. Opção: *Impotência*
7. Opção: *Frustração*
8. Opção: *Nenhum dos acima mencionados*
9. Opção: *Outros (quais?)*

**Legenda do gráfico "Questão 6"**

1. Opção: *Formação (cursos, workshops, entre outros)*
2. Opção: *Experiência*
3. Opção: *Ambos*
4. Opção: *Outros (quais?)*



# **APÊNDICE III**

**Caracterização dos Locais de Estágio**

## **1. Serviço de Transplantes de Medula**

Este serviço pertence ao departamento de Hematologia e encontra-se subdividido em: serviço de internamento; hospital de dia; consulta externa e laboratório de criobiologia. O serviço de internamento é constituído por 9 quartos de isolamento com pressão positiva. Pretende-se, assim, prestar cuidados em regime de isolamento a doentes a quem foi administrada quimioterapia com posterior execução de transplante de medula óssea, de células hematopoiéticas de sangue periférico ou do cordão umbilical. Os quartos de isolamento apresentam janelas em ambos os lados. Uma das paredes tem janelas e porta com acesso para o corredor dos quartos (chamada Zona Limpa), onde está a área de trabalho de enfermagem, enquanto a outra tem uma janela que confere acesso à zona de visitas e corredor dos sujos (chamada Zona Suja).

Existe ainda uma zona de apoio, onde se engloba a sala dos profissionais e de reuniões, a copa, o vestiário, a casa de banho, a arrecadação de material e o corredor de acesso às diferentes divisões.

Os cuidados englobam a preparação da pessoa com doença oncológica, família e dador no período pré-transplante. Previamente ao internamento é efetuada uma consulta de enfermagem no Hospital de Dia, onde se realizam os ensinamentos e se esclarecem dúvidas relativamente aos cuidados a ter no período de isolamento. Para além disso, é igualmente realizada uma visita ao próprio serviço no período pré-internamento por um enfermeiro do serviço, em que são apresentados os quartos, a equipa multidisciplinar e são esclarecidas eventuais dúvidas e/ou receios. Estas visitas são facultativas, face ao desejo da pessoa doente que, muitas vezes, se faz acompanhar pelos familiares de referência. Após o transplante e a alta do serviço de internamento, mantém-se o acompanhamento do doente e família em regime de hospital de dia.

## **2. Serviço de Cuidados Paliativos**

Apesar da filosofia de cuidados ser transversal a todo o hospital, o internamento neste serviço é dedicado a pessoas que tenham necessidades paliativas, médico-cirúrgicas ou de cuidados continuados. Para além do trabalho de equipa

multidisciplinar inerente ao próprio serviço, existe igualmente articulação com as equipas de Oncologia, Medicina Interna, Neurologia, Consulta da Dor, Medicina Física e de Reabilitação, entre outras. Tal acontece de modo a adequar a prestação de cuidados face às necessidades das pessoas e inerentes ao tipo de patologias mais frequentes, como por exemplo, pessoas com doença oncológica, doenças neuro-degenerativas e neuromusculares, demências, insuficiências orgânicas avançadas e pessoas com necessidades reabilitativas.

A presente unidade tem capacidade para o internamento de 48 pessoas, sendo 14 dos quartos individuais e os restantes duplos. A proveniência das pessoas que ficam internadas no presente serviço pode ser variada: do atendimento médico permanente, das consultas, por internamento direto por interesse da pessoa e/ou família, oriundas de outros serviços do mesmo hospital, de outras Unidades pertencentes ao grupo hospitalar e pessoas com internamento prévio que tenham mantido o seguimento.

Encontra-se implementado um atendimento telefónico, que está disponível aquando de eventuais descontrolos sintomáticos, para esclarecer dúvidas e receios a pessoas que aí tenham estado internadas. Este atendimento telefónico pode igualmente ser usado para o contacto de pessoas que pretendam aconselhar-se com os profissionais de saúde, de modo a avaliar a eventual necessidade de internamento direto. Cada vivência é única e as admissões podem ocorrer durante as 24 horas, caso haja um descontrolo sintomático ou agravamento que o justifique, e sempre em articulação contínua entre equipas de enfermagem e médica.

### **3. Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos**

A equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos funciona em dias úteis, das 8h às 16h, havendo igualmente disponibilidade para contacto telefónico dentro do período de funcionamento.

São prestados cuidados a pessoas com doença oncológica e família que estejam hospitalizadas em serviços da instituição, em articulação com as equipas multidisciplinares dos serviços de internamento em que as pessoas se encontram. Esta equipa tem, assim, como missão promover a qualidade de vida a pessoas com doença incurável avançada e apoio aos seus familiares e/ou cuidadores informais,

bem como consultadoria e orientação aos profissionais de saúde. Para que a equipa intra-hospitalar possa intervir como equipa de suporte e aconselhamento diferenciado, é necessário receber um pedido de acompanhamento por parte do médico assistente do serviço em que os doentes se encontram internados.

Os cuidados são assegurados por duas enfermeiras, em modo rotativo, sendo os cuidados prestados por uma enfermeira por turno. Diariamente, a enfermeira consulta os registos, de modo a tentar compreender como a pessoa esteve durante as últimas horas. Para além disso, consulta-se a terapêutica que foi administrada a cada um dos doentes, de modo a tentar compreender eventuais descontrolos sintomáticos e eventuais necessidades de reajustes. Antes da observação do doente, fala com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados diretos, de forma a haver articulação com a equipa de enfermagem do serviço em questão, adaptando-se os cuidados a cada uma das situações. Seguidamente, a enfermeira aborda a pessoa alvo dos cuidados, tentando compreender as suas necessidades, receios e dúvidas, envolvendo as pessoas significativas e realizando-se conferências familiares, sempre que se justifique. Esta intervenção é realizada com o consentimento diário da pessoa, ajustando-se expectativas.

# **APÊNDICE IV**

**Plano de Sessão de Formação**

**Apresentação do Projeto “Transmissão e gestão de más notícias à  
pessoa com doença oncológica e família: intervenção de  
enfermagem”**

## **Plano de Sessão de Formação**

Apresentação do Projeto “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: intervenção de enfermagem”

**População-alvo:** Equipa de enfermagem de um serviço de transplantes medulares

**Datas:** A realizar sempre que se justifique e que seja possível, no decorrer do estágio no serviço em questão

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala de reuniões do serviço de transplantes medulares

**Objetivo:** Apresentação do Projeto “Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: intervenção de enfermagem”

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Contextualização da sessão de formação.</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em <i>PowerPoint</i> e videoprojector	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemática;</li> <li>- Revisão Crítica da Literatura;</li> <li>- Plano de Trabalho e Métodos;</li> <li>- Descrição das Tarefas.</li> </ul>			20 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações Finais e Perspetivas Futuras;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>			5 minutos

**Avaliação:** Realizada no final, com recurso à utilização de escala de *Likert*

# **APÊNDICE V**

**Folha de Avaliação de Sessão de Formação**



**- Avaliação de Sessão de Formação –**

	<b>Discordo Plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
A sessão de formação foi apresentada de forma clara					
Os conteúdos apresentados foram adequados para a temática em estudo					
Os recursos utilizados para a apresentação foram apropriados					
A sessão de formação foi útil para a prática de prestação de cuidados					

**Sugestões:**

# **APÊNDICE VI**

**Intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias à  
pessoa com doença oncológica - *Scoping Review***

## **Intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica - *Scoping Review***

### **Background:**

O cancro<sup>12</sup> tem uma grande conotação de incerteza e provoca profundas alterações na vida da pessoa, havendo diversos fatores que contribuem para a necessidade de adaptação e reajustamento. A vivência da doença é, assim, subjetiva, única e complexa (McCray, 2000). Neste sentido, o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento, os sintomas físicos e emocionais, as alterações de papéis sociais e familiares, o processo de tomada de decisão e os aspetos de natureza ética contribuem para que a comunicação assuma uma grande relevância no âmbito da oncologia (Barbero et. al, 2005; Onan et. al, 2015).

A doença oncológica processa-se pela vivência de diversas etapas: diagnóstico, estadiamento, definir e implementar tratamento, avaliar resposta ao tratamento, manter vigilância, eventual necessidade de palição (Cassidy, Bissett & Obe, 2002). Face a esta complexidade, cuja vivência depende dos significados de cada pessoa, a comunicação eficaz é uma necessidade básica no cuidar do doente e família (Querido, Salazar e Neto, 2010). A comunicação encontra-se na base da relação estabelecida entre o enfermeiro e doente, sendo possível, através da comunicação terapêutica, aceder aos significados que a pessoa atribui às suas vivências. Todavia, é de realçar que a comunicação terapêutica tem um cariz técnico e pressupõe o desenvolver de competências (Phaneuf, 2002; Stefanelli, Carvalho & Arantes, 2005).

A comunicação em oncologia é, assim, um pilar fundamental nos cuidados à pessoa com doença oncológica, inserindo-se a temática da transmissão e gestão de más notícias nesse domínio. As más notícias vão ocorrendo ao longo de todo o processo de doença, assumindo o enfermeiro não só o papel de transmissor, como também de gestor das más notícias que são transmitidas por outros profissionais de saúde.

---

<sup>12</sup> O cancro é um processo em que uma célula normal sofre alterações e adquire capacidades especiais. Em células anaplásicas não se verifica crescimento e estas perdem a capacidade para executar as suas funções específicas, ficando desorganizadas. Em células neoplásicas existe divisão, crescimento e mobilidade anormais e funcionamento incontrolável (Pfeifer, 2000). Existem diversos fatores susceptíveis de influenciar o desenvolvimento cancerígeno como ambientais, sistémicos e genéticos (Merkle, 2011).

Uma má notícia constitui toda a informação que apresente um impacto negativo para a pessoa e que contribua para mudar as suas expectativas relativamente ao futuro, acarretando consequências significativas para o doente e família (Buckman, 2005). A classificação de uma má notícia não se limita à transmissão de um diagnóstico ou prognóstico, sendo algo que depende das características, experiências e contextos vividos por cada pessoa: esta classificação é subjetiva e individual (Travado & Reis, 2015).

O processo de transmissão de más notícias é, por si, desafiador e complexo, suscetível de ser fonte de desconforto tanto para a pessoa e família, como também para o profissional (Buckman, 2005). A falta de prática, desconforto e insegurança associados podem fazer com que os profissionais evitem os doentes e ter repercussões negativas nos resultados dos cuidados (Querido, Salazar & Neto, 2010).

A dificuldade inerente à transmissão de más notícias pode residir no facto dos próprios profissionais terem medos, na falta de apoio entre membros da equipa multidisciplinar e nos constrangimentos de tempo que sentem que têm para falar com os doentes (Buckman, 2005). Para além disso, o meio hospitalar muitas vezes não proporciona um ambiente propício a uma comunicação eficaz com as pessoas a quem se presta cuidados. Défices comunicacionais entre profissionais e doentes/famíliares podem contribuir para *distress*, insatisfação e menor qualidade de cuidados (Caswel et. al, 2015).

Associa-se que a transmissão de más notícias suscita nos enfermeiros sentimentos como a impotência e a frustração, existindo uma grande necessidade de formação para o desenvolver de competências. A gestão das más notícias junto da família é igualmente apontada pelos enfermeiros como algo difícil (Ribeiro, 2013).

É também importante considerar que o processo de transmitir más notícias provoca habitualmente uma reação emocional intensa na pessoa com a qual é fundamental saber lidar, pois a falta de formação nesta temática pode contribuir para dificultar a vivência deste processo (Twycross, 2003). As respostas emocionais apresentadas pelos doentes e suas famílias vão depender de fatores como as suas características, experiências e apoio de pessoas significativas, podendo oscilar entre a estoicidade e a hostilidade. Neste sentido, podem manifestar ansiedade, desespero, medo da incerteza, *stress*, raiva, negação entre outros (Radziewicz &

Baile, 2001). A falta de competências e de treino neste âmbito poderá contribuir para aumentar ainda mais essas respostas emocionais, bem como para impedir a confiança na relação enfermeiro-doente e aumentar os níveis de insatisfação com os cuidados. Para além disso, contribui igualmente para aumentar os níveis de *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde (Onan et. al, 2015).

As técnicas comunicacionais, mais especificamente no âmbito da transmissão das más notícias, são algo que pode ser aprendido. A experiência por si só não é o suficiente para melhorar a comunicação com o doente e família: é necessário associar a formação para que se desenvolvam competências nesta área (Arnold & Koczwara, 2006). Os profissionais de saúde não só têm de intervir no âmbito da transmissão e gestão de más notícias aos doentes e famílias, como também têm de gerir os seus próprios medos, inseguranças e emoções (Lopes & Graveto, 2010).

Para prestar cuidados centrados na pessoa é, então, necessário compreender o que a pessoa sabe/não quer saber sobre a sua situação de doença, qual o significado que lhe atribui, quais são suas dúvidas, medos ou incertezas. Pretende-se assim "(...) proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual o sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas" (Watson, 2002, pág. 96). Jean Watson (2002) defende que as características e autoconhecimento dos enfermeiros irão influenciar directamente a prestação de cuidados, dado que todos os intervenientes da relação terapêutica têm uma grande importância para os resultados em saúde.

O estudo desta temática torna-se, assim, bastante pertinente para uma prática baseada na evidência e para uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados, com uma tomada de decisão refletida. A temática da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica é, muitas vezes, abordada segundo a perspectiva médica de transmissão de diagnóstico e/ou prognóstico.

A pesquisa nas bases de dados electrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, bem como a pesquisa ao nível de literatura cinzenta possibilitou constatar que a documentação referente à intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão de más notícias é escassa. A investigação encontra-se mais direccionada para a intervenção de cariz médico no

que se refere à comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica. Da pesquisa efetuada não se encontraram revisões sistemáticas da literatura sobre a temática. Este facto justifica optar-se pela realização da presente *scoping review*, de modo a mapear o conhecimento existente sobre esta temática, no âmbito da intervenção de enfermagem.

A *scoping review* será um meio extremamente útil para realizar o percurso enquanto futura enfermeira especialista. Irá permitir dar informações sobre a intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e não recomendações, uma vez que uma *scoping review* não implica a apreciação da qualidade dos textos encontrados.

Foca-se o contexto hospitalar dado ser a realidade com a qual a autora contacta diariamente na prática de cuidados e por ser nesse mesmo contexto que se encontra a realizar um projecto de formação/intervenção no âmbito de Mestrado.

Para se proceder à elaboração da presente *scoping review*, teve-se em consideração a metodologia definida pelo Instituto *Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2015)*.

#### **Questão da revisão:**

“Qual o conhecimento atual sobre a intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica, em contexto de internamento hospitalar?”

Questão de pesquisa realizada segundo a mnemónica PCC:

- **Participantes:** Pessoa com doença oncológica
- **Conceito:** Intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias;
- **Contexto:** Internamento hospitalar.

## Objetivos:

- Mapear o conhecimento existente sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica em contexto de internamento hospitalar;
- Identificar áreas de investigação futuras no âmbito da intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica.

## CrITÉrios de Inclusão e de Exclusão:

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
<b>Tipos de Texto</b>	Podem ser incluídos todo o tipo de textos, desde que seja possível acesso à sua totalidade
<b>Datas</b>	Compreendidas entre 2006 e 2016 <sup>13</sup>
<b>Idiomas</b>	Português e Inglês <sup>14</sup>
<b>Participantes</b>	Pessoas com doença oncológica, com idade igual ou superior a 19 anos de idade <sup>15</sup> ; Familiares/pessoas significativas da pessoa com doença oncológica; Enfermeiros e outros profissionais de saúde.
<b>Conceito</b>	Intervenções de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias
<b>Contexto</b>	Internamento hospitalar

**Tabela 1 - Critérios de Seleção e de Inclusão**

<sup>13</sup> Foi estabelecida este limite temporal por possibilitar aceder à evidência científica mais recente.

<sup>14</sup> A escolha dos idiomas acima mencionados encontra-se relacionada com a capacidade da autora para a compreensão dos artigos científicos.

<sup>15</sup> Nas bases de dados eletrónicas CINAHL e na MEDLINE são definidos como “todos os adultos”, pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

Os critérios de exclusão serão todos aqueles que não respeitem as orientações acima mencionadas e que se encontram explicitados na tabela seguinte.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<b>Tipos de Texto</b>	Documentos em que não se tenha acesso ao texto completo
<b>Datas</b>	Datas prévias a 2006
<b>Idiomas</b>	Todos aqueles para qual a autora tenha limites de compreensão.
<b>Participantes</b>	Pessoas com doença oncológica com idade inferior a 19 anos; Familiares/pessoas significativas de pessoas com doença não oncológica ou de doentes oncológicos com idade inferior a 19 anos.
<b>Conceito</b>	Mesmo que determinado documento aborde a temática da transmissão e gestão de más notícias, o facto de não mencionar a intervenção de enfermagem irá constituir um critério de exclusão.
<b>Contexto</b>	Que não refira/abranja o contexto hospitalar

Tabela 2 - Critérios de Exclusão

### **Estratégia de Pesquisa:**

A pesquisa procura responder à questão de revisão formulada. Foi realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*. Foram igualmente utilizados os recursos bibliográficos da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O repositório de teses de



Doutoramento da Universidade de Lisboa, o *Google Académico* e outros sítios da Internet sobre a temática em estudo são igualmente utilizados como fontes de pesquisa.

No que diz respeito às bases de dados eletrónicas, a pesquisa iniciou-se de forma livre, utilizando termos em linguagem natural. Evolui-se posteriormente para a utilização de termos indexados (que são apresentados entre parêntesis e entre aspas a seguir às letras MM).

Relativamente à CINAHL, para pesquisar por termos indexados, selecionou-se a opção "*CINAHL Headings*". A pesquisa realizou-se com termos de pesquisa em linguagem natural e indexados como (MM"Truth Disclosure"), breaking bad news, bad news, (MM"communication skills training"), (MM"nursing interventions"), (MM"oncologic nursing"), (MM"nurse practice acts"), (MM"nurse-Patient Relations), (MM"Acute Care Nurse Practitioners) nurs\*, (MM"cancer patient"), (MM "oncology"), cancer. Foi utilizada a opção da pesquisa avançada, recorrendo aos operadores *booleanos* AND e OR para realizar o cruzamento dos diferentes termos. Foram igualmente selecionadas as opções de "Texto Completo" ou "Full Text" e de "Datas de Publicação" compreendidas entre 2006 e 2016.

<b>PESQUISA</b>	<b>TERMOS DE PESQUISA</b>	<b>OPÇÕES DE PESQUISA</b>
<b>S1</b>	(MM "Nursing Interventions")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S2</b>	(MM "Oncologic Nursing")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S3</b>	(MM "Nurse Practice Acts")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S4</b>	(MM "Acute Care Nurse Practitioners")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S5</b>	(MM "Nurse-Patient Relations")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S6</b>	Nurs*	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S7</b>	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR nurs*	Limitadores – Texto Completo Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S8</b>	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR nurs*	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S9</b>	(MM "Oncology")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S10</b>	(MM "Cancer Patients")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase

<b>S11</b>	Cancer	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S12</b>	S9 OR S10 OR S11	Limitadores – Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S13</b>	S9 OR S10 OR S11	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S14</b>	(MM “Truth Disclosure”)	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S15</b>	(MM “Communication Skills Training”)	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S16</b>	Breaking Bad News	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S17</b>	Bad News	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S18</b>	S14 OR S15 OR S16 OR S17	Limitadores – Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S19</b>	S14 OR S15 OR S16 OR S17	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S20</b>	S8 AND S13 AND S19	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase

Tabela 3 - Tutorial de Pesquisa efectuada na CINAHL

Relativamente à MEDLINE, seleccionou-se a opção “*Medical Subject Headings (MeSH)*” para pesquisar os termos indexados. Considerando tanto os termos em linguagem natural como os indexados, a pesquisa foi efetuada com termos de pesquisa como (MM “Truth Disclosure”), breaking bad news, (MM “Nurse’s Role”), (MM “Practice Patterns, Nurses”), (MM “Evidence-Based Nursing”), (MM “Oncology Nursing”), nurs\*, (MM “Oncology Service, Hospital), (MM “Neoplasms”), cancer patient. Aqui foi igualmente utilizada a opção da pesquisa avançada, recorrendo aos operadores *booleanos* AND e OR para realizar o cruzamento dos diferentes termos. Foram igualmente seleccionadas as opções de “Texto Completo” ou “Full Text” e de “Datas de Publicação” compreendidas entre 2006 e 2016.

<b>PESQUISA</b>	<b>TERMOS DE PESQUISA</b>	<b>OPÇÕES DE PESQUISA</b>
<b>S1</b>	(MM "Truth Disclosure")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S2</b>	Breaking Bad News	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S3</b>	S1 OR S2	Limitadores – Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S4</b>	S1 OR S2	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S5</b>	(MM "Nurse's Role")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S6</b>	(MM "Oncology Nursing")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S7</b>	(MM "Evidence-Based Nursing")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S8</b>	(MM "Practice Patterns, Nurses")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S9</b>	Nurs*	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S10</b>	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Limitadores – Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S11</b>	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S12</b>	(MM "Oncology Service Hospital")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S13</b>	(MM "Neoplasms")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S14</b>	Oncology	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S15</b>	S12 OR S13 OR S14	Limitadores – Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S16</b>	S12 OR S13 OR S14	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
<b>S17</b>	S4 AND S11 AND S16	Limitadores – Texto Completo; Data de Publicação: 20060101-20161231 Modos de Pesquisa- Boleano/Frase

**Tabela 4 - Tutorial de Pesquisa efectuada na MEDLINE**

A acrescentar que em inglês não existe tradução separada no que diz respeito aos termos “transmissão” ou “gestão” de más notícias. Em inglês é utilizado o termo *breaking bad news*, motivo pelo qual a pesquisa é realizada usando esta expressão e não uma tradução separada de transmissão de más notícias e de gestão das mesmas. É de acrescentar que este termo de pesquisa não se encontra indexado nas bases de dados eletrónicas CINAHL ou MEDLINE.

### Apresentação de Resultados

Após a pesquisa anteriormente referida, obtiveram-se 32 resultados na CINAHL e os 31 resultados MEDLINE, chegando-se a um total de 63 resultados.



Ilustração 1 - Fluxograma de resultados obtidos após limitadores de pesquisa

Posteriormente, eliminaram-se resultados repetidos. Após a leitura dos títulos dos artigos procedeu-se à eliminação daqueles que não respondiam aos critérios de inclusão, participantes, conceito e de contexto. Seguidamente, foi realizada a leitura integral dos artigos restantes, tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão, chegando-se a um resultado final de 7 artigos que foram selecionados de modo a dar resposta à questão de pesquisa inicialmente formulada.

<b>Referências Bibliográficas</b>
Baer, L. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. <i>Oncology Nursing Society</i> , 17 (3), 45 – 51.
Becze, E. (2010). Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer. <i>ONS Connect</i> , p. 14 – 15.
Eid, A., Petty, M., Hutchins, L. & Thompson, R. "Breaking Bad News": Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. <i>Journal of Cancer Education</i> , 24 (2), p. 154 – 159.
Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 14 (4), p. 514 – 516.
Li, J. et al. (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17, p. 2463 – 2470.
Palmer, C. & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. <i>Cancer Nursing Practice</i> , 9 (9), p. 24 – 27.
Valizadeh, L., Taleghani, F., Howard, A. & Jeddian, A. (2014). Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experiences. <i>Nursing Ethics</i> , 21 (5), p.518 – 529.

**Tabela 5 - Referências Bibliográficas de artigos selecionados**

Para além disso, enquanto estratégia de pesquisa é igualmente de acrescentar que as próprias referências bibliográficas dos estudos científicos em análise, a pesquisa no Google Académico ou Relatórios de estágio de Mestrado deram igualmente dividendos para encontrar textos adicionais de interesse que contribuem para dar resposta à questão de revisão. Seguidamente, encontram-se descritas as 10 referências bibliográficas correspondentes a estas pesquisas e que se enquadram nos critérios de inclusão e de exclusão definidos.

<b>Referências Bibliográficas</b>
Abbaszadeh, A. et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. <i>Journal of Medical Ethics and History of Medicine</i> , 7 (17), p. 1 – 7.

Arranja, A (2014). <i>Gestão do Impacto da Comunicação de Más Notícias na Pessoa com Doença Oncológica e sua Família – Papel do Enfermeiro</i> (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
Coelho, M. (2012). <i>Comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI</i> (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. <i>Nursing &amp; Residential Care</i> , 12 (10), 495 – 497.
Helft, P. et al. (2011). Oncology Nurses' attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of Oncology Nursing Society Members. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38 (4), p. 468 – 474.
Magalhães, L. (2014). <i>Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento</i> (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
Mergulhão, E. (2013) <i>Capacitação do Enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico Submetido a Cirurgia Paliativa</i> (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
Pires, R. (2013). <i>Transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular</i> (relatório de estágio não publicado e cedido por Rosália Pires)
Warnock, C. (2014). "Breaking bad news: issues relating to nursing practice". <i>Nursing Standard</i> , 28 (45), p. 51 – 58.
Warnock, C., Tod, A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse". <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66 (7), p. 1543 – 1555.

**Tabela 6 – Referências Bibliográficas de textos que resultaram das referências bibliográficas dos estudos científicos em análise, pesquisa no Google Académico ou em livros.**

Deste modo, no total passam para a fase de análise de dados 17 documentos.

### a) Extração dos dados

Na tabela imediatamente em baixo (tabela 7) encontra-se a extração de dados dos resultados encontrados através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*. Por sua vez, na tabela seguinte (tabela 8) está a extração de dados que emergiu dos resultados provenientes da pesquisa na “literatura cinzenta”.<sup>16</sup>

<b>Título, autores e ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Texto/Metodologia</b>	<b>Participantes</b>	<b>Resultados</b>	<b>Implicações para a Enfermagem</b>
“Improving Oncology Nurses’ Communication Skills for Difficult Conversations” (Baer, L. – 2013)	-Desenvolvimento de um programa de comunicação que promova as competências dos enfermeiros no processo de transmissão e gestão de más notícias em oncologia.	- 3 sessões teórico-práticas de 1h, com um mês de distância entre elas (presencial ou por vídeo conferência); presença voluntária	Enfermeiros do Hospital University State Medical Center (16 na 1ª sessão, 14 na 2ª sessão e 8 na 3ª sessão).	- 1ª Sessão abordou as possíveis estratégias de transmissão e gestão de más notícias, utilizando o protocolo SPIKES e a mnemónica NURSE; 2ª sessão abordou os objetivos dos cuidados consoante a pessoa/família; 3ª sessão abordou como os enfermeiros podem lidar com conversas difíceis.  - Na avaliação final, os participantes apontaram uma melhoria relativamente às suas competências	- A comunicação é uma arte e uma competência, sendo necessária formação;  - Os enfermeiros devem defender programas interativos que promovam o desenvolvimento de competências comunicacionais;  - Um programa com

<sup>16</sup> A literatura cinzenta é um tipo de literatura considerada não convencional e semipublicada. Pode incluir relatórios, teses, publicações governamentais, textos que advêm de encontros científicos, dissertações, traduções. É um tipo de literatura que não se encontra publicada nas bases de dados eletrónicas nem é controlada por editores comerciais. Deve-se encarar a literatura cinzenta como merecedora de confiança, dado que estimula o desenvolvimento de áreas de conhecimento. Como desvantagens/barreiras pode-se considerar a dificuldade na pesquisa ou sua recuperação (Filho et. al, 2006).

		nas sessões e horários adaptados a trabalho por turnos		comunicacionais relativamente a assuntos difíceis.  - Mais tempo de prática e menos de teoria poderá ser benéfico para o desenvolvimento de competências comunicacionais.	sessões práticas e <i>feedback</i> em pequenos grupos pode contribuir para aumentar as competências e segurança dos enfermeiros em abordar conversas difíceis.
<p>““Breaking Bad News”: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses”</p> <p>(Eid, A. et. al – 2009)</p>	Criar e aplicar um programa de intervenção para a comunicação de más notícias, com o intuito de melhorar as competências comunicacionais de internos de hemato-oncologia e enfermeiros com prática avançada	Observação realizada com base em <i>checklist</i> com estratégias para a transmissão e gestão de ás notícias (baseada na literatura e previamente validada por peritos)	6 médicos de hemato-oncologia e 2 enfermeiros com prática avançada	- Observação realizada com <i>Checklist</i> baseada no protocolo SPIKES: o ambiente (se o enfermeiro se apresenta ao doente/família, se existe preparação para não haver interrupções, se é demonstrada disponibilidade de presença); compreender a perceção do doente; perceber o que o doente quer saber, dar “tiros de aviso” antes de transmitir uma má notícia; dar informação de forma faseada, em linguagem adequada, verificar se o doente se encontra a compreender; identificar as emoções expressas pelo doente, dar espaço ao doente para poder expressar as suas emoções, responder empaticamente face às emoções manifestadas; realizar um resumo acerca do que foi abordado, esclarecer dúvidas e avaliar a compreensão do doente acerca do que foi falado, planear o	- Apesar deste estudo não ser estatisticamente representativo, corrobora outros estudos em que se afirma que as competências comunicacionais são suscetíveis de ser aprendidas;  - Necessários mais estudos, com amostras maiores, para comprovar resultados e validar a <i>checklist</i> utilizada;  - Apesar de não se poder generalizar nem retirar conclusões a longo prazo, foi observada uma mudança positiva nas atitudes dos profissionais da amostra face à transmissão e gestão de



				acompanhamento. - Os testes aplicados na pré e na pós-intervenção demonstraram uma melhoria nas intervenções referentes à transmissão e gestão de más notícias; - Os participantes concordam que o programa de intervenção aplicado melhorou as suas competências comunicacionais no processo de transmissão de más notícias.	más notícias.
<p>“Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news” (Palmer, C. &amp; Thain, C. – 2010)</p>	<p>-Discutir sobre a importância de uma comunicação eficaz aquando da transmissão de más notícias, relacionadas com o diagnóstico de cancro do pulmão ou mesotelioma;</p> <p>- Discutir o potencial papel de enfermeiros especialistas aquando da comunicação de</p>	<p>Estudo Quantitativo em Hospital no sul da Cumbria: aplicados questionários a 18 doentes oncológicos e 21 médicos sobre a intervenção de enfermagem e o seu impacto</p>	<p>18 pessoas com doença oncológica a quem foram prestados cuidados entre Fevereiro e Setembro de 2008 (questionários entregues a 26 pessoas)</p> <p>21 médicos da instituição que manifestaram a sua opinião sobre o impacto</p>	<p>- Enquanto estratégias de comunicação de más notícias que os enfermeiros podem usar, remetem para um modelo inspirado no protocolo SPIKES;</p> <p>Os questionários procuraram compreender o que os doentes acharam da sensibilidade e atuação dos enfermeiros com os quais tiveram consulta de enfermagem:</p> <p>- 67% apontaram ter compreendido o diagnóstico e suas implicações;</p> <p>- 89% referiu que as más notícias lhes foram explicadas de forma</p>	<p>-Enfermeiros especialistas com competências comunicacionais poderiam acompanhar com sucesso os doentes na fase de diagnóstico de cancro de pulmão ou mesotelioma;</p> <p>- Necessários recursos adequados para apoiar os profissionais para diminuir risco de <i>burnout</i> e stress;</p> <p>- Enaltece-se a importância de reuniões de grupo em que os enfermeiros podem refletir sobre experiências e abordar dificuldades.</p>

	um diagnóstico.		da atuação dos enfermeiros especialistas na comunicação de más notícias (mais especificamente na transmissão de um diagnóstico)	<p>sensível;</p> <p>- 100% respondeu que lhes foi dada oportunidade de realizar perguntas, enquanto 94% afirmou que lhes foi dada possibilidade e tempo para abordar os seus receios e preocupações.</p> <p>- Médicos apontaram as intervenções dos enfermeiros especialistas como positivas, permitindo um maior apoio à pessoa doente e família.</p>	
<p>“Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer” (Becze - 2010)</p>	<p>Descrever estratégias que irão ajudar os enfermeiros a transmitir más notícias e a gerir as respostas emocionais que daí podem advir</p>	<i>Guidelines</i>		<p>- Protocolo SPIKES: <b>setting</b> - preparar o ambiente; <b>perception</b> - avaliar a perceção da pessoa; <b>invitation ou information</b> - informação ou convite para compreender o que a pessoa quer saber; <b>knowledge</b> - dar conhecimento; <b>empathy</b> - responder de forma empática às suas emoções; <b>summarize ou strategize</b> - realizar um sumário sobre o que foi abordado, avaliar feedback e esclarecer dúvidas;</p> <p>- O Protocolo NURSE é um protocolo com 5 passos que pode</p>	<p>- É fundamental que todos os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com a comunicação de más notícias e para capacitar a pessoa com doença oncológica para essa realidade. Este facto é justificado pela existência de momentos como: o diagnóstico, uma eventual recaída, a existência de metástases, entre outros.</p> <p>- Este texto reporta-se para outro escrito por Marcelle</p>

				<p>ajudar o enfermeiro a responder de forma empática às emoções do doente/família: <b>naming</b> – identificar a emoção apresentada pela pessoa; <b>understanding</b> – compreender quais os receios e preocupações da pessoa antes de responder; <b>respect</b> – dar espaço para que a pessoa expresse as suas emoções, validar e respeitar o que a pessoa sente; <b>supporting</b> – apoiar a pessoa e avaliar recursos que possam ser úteis para a sua situação; <b>exploring</b> – clarificar aquilo que a pessoa disse ou realizar perguntas pode reforçar uma postura empática e dar espaço para que a pessoa expresse emoções que possa ter hesitado demonstrar previamente.</p>	Kaplan.
<p>“SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer” (Kaplan – 2010)</p>	<p>Explorar o protocolo SPIKES enquanto guia que pode providenciar uma estrutura orientadora para uma conversa difícil</p>	<i>Guidelines</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A transmissão e gestão de uma má notícia é algo desconfortável para os enfermeiros e outros profissionais de saúde que, muitas vezes, não estão preparados para apoiar a pessoa de uma forma construtiva e empática aquando da receção de uma má notícia.</li> <li>- Ter um plano orientador pode ajudar todos os participantes neste</li> </ul>	<p>-A transmissão e gestão de más notícias é competência comunicacional complexa. O protocolo SPIKES pode ajudar a diminuir os níveis de <i>distress</i> não só para o profissional de saúde, mas também para a pessoa doente/família.</p>

				<p>processo complexo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- É explorada uma situação da Sra. M.J., que vivencia uma doença oncológica, e do seu marido, bem como se pode utilizar o protocolo SPIKES;</li><li>- O protocolo <b>SPIKES</b> sugere uma estrutura por passos para orientar uma conversa difícil: preparar o ambiente; avaliar a perceção da pessoa sobre a sua situação; tentar compreender o que a pessoa quer saber; dar informação fraccionada, com linguagem adequada, dando previamente “tiros de aviso” e clarificando a compreensão da pessoa; reconhecer as emoções expressas pela pessoa e responder de forma empática; realizar um resumo sobre o que foi falado, avaliar o feedback, esclarecer dúvidas e planear uma intervenção futura;</li><li>- O Protocolo <b>NURSE</b> é um protocolo com 5 passos que pode ajudar o enfermeiro a aceitar, reconhecer e responder empaticamente às emoções do doente/família: ao identificar a</li></ul>	
--	--	--	--	--	--

				emoção apresentada pela pessoa é um modo de mostrar sensibilidade para com o que ela sente (por exemplo, “Deve sentir-se zangado”); compreender quais os receios e preocupações da pessoa, evitando responder prematuramente; tratar a pessoa com respeito e dignidade é fundamental para estabelecer uma relação empática. É importante transmitir verbal e não verbalmente que se reconhece e respeita aquilo que a pessoa está a sentir; reforçar a presença e disponibilidade para apoiar a pessoa e avaliar recursos que possam ser úteis para a pessoa reforçar os seus mecanismos de <i>coping</i> ; clarificar respostas dadas e verificar frequentemente se a pessoa tem dúvidas pode contribuir para que ela expresse emoções que possa ainda não ter demonstrado.	
“To tell or no to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis”	Investigar a atitude de enfermeiros em oncologia relativamente ao conhecimento do diagnóstico em doentes na fase	Estudo Quantitativo	199 Enfermeiros especialistas em oncologia de 6 hospitais	- Atitudes dos enfermeiros face ao conhecimento do diagnóstico: 81,4% afirmaram que se deve informar as pessoas em fase inicial de cancro acerca do seu diagnóstico; 44,2% dos enfermeiros afirmaram que doentes em fase terminal deveriam ser informados sobre o seu	- Para os enfermeiros participantes, o facto de se informar o doente do seu diagnóstico e o modo de informar depende da fase da doença oncológica; - Enquanto 81,4% dos

(Li et al. – 2008)	inicial ou na fase terminal de doença oncológica			<p>diagnóstico, enquanto 55,8% acreditam que estes doentes não deveriam ser informados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atitudes dos enfermeiros face a quem tem de informar: nenhum dos enfermeiros considera que deveriam ser os enfermeiros a informar os doentes do seu diagnóstico. Independentemente das fases do cancro, a maioria dos enfermeiros consideram que deveriam ser os médicos a informar do diagnóstico;</li> <li>- Atitudes dos enfermeiros face a “quando se deve informar”: a maioria dos enfermeiros acredita que os doentes devem ser informados imediatamente após realização do diagnóstico e não de forma gradual;</li> <li>- Atitudes dos enfermeiros face a “onde informar”: tanto na fase inicial como na fase terminal (80,9% e 70,5%, respectivamente) os enfermeiros apontam uma sala calma e sem interrupções como o local mais adequado;</li> <li>- Alerta-se para a importância de haver <i>guidelines</i> definidas que os enfermeiros possam seguir no</li> </ul>	<p>enfermeiros acredita que doentes em fase inicial do diagnóstico devem ser informados do seu diagnóstico, 55,8% acreditam que não devem ser informados caso se encontram numa fase terminal. Tal poderá ser associado a fatores culturais;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar de não serem responsáveis por informar acerca de um diagnóstico, é essencial que médico e enfermeiro trabalhem em equipa no processo de transmissão de más notícias;</li> <li>- Sugere-se a formação conjunta de médicos e enfermeiros para aprenderem a trabalhar em colaboração aquando de conversas difíceis;</li> <li>- Em consonância com o protocolo SPIKES, os enfermeiros acreditam na importância de haver um</li> </ul>
--------------------	--	--	--	--	--

				<p>âmbito da comunicação de más notícias.</p>	<p>espaço calmo, tranquilo e sem interrupções para se falar com o doente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enaltece-se a relevância dos enfermeiros em oncologia terem mais formação no âmbito das más notícias, para melhor poderem lidar com esta questão e apoiar os doentes.</li> </ul>
<p>“Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses’ experiences” Valizadeh, L. et al. – 2014)</p>	<p>Explorar as experiências e estratégias utilizadas por enfermeiros Iranianos no que diz respeito à comunicação de más notícias relacionada com o transplante de medula óssea</p>	<p>Estudo Qualitativo</p>	<p>18 Enfermeiros de um hospital onde se realizam transplantes de medula óssea</p>	<p>Da análise de conteúdo realizada às entrevistas emergiram duas categorias principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não falar sobre a doença e suas potenciais consequências – nesta emergiram as subcategorias: evitar dizer o nome da doença, comunicar más notícias de modo indireto, dar a informação de modo gradual;</li> <li>- Evitar dizer toda a triste verdade – nesta emergiram 4 subcategorias: proteção da pessoa doente, camuflar a verdade, manter sigilo sobre informação que diz respeito à própria pessoa, minimizar a gravidade da situação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os resultados que emergiram deste estudo contrastam com as estratégias e <i>guidelines</i> que emergem em estudos de países Ocidentais;</li> <li>- Os resultados devem ser interpretados de acordo com a cultura vivida no País, em que a palavra “cancro” é tabu;</li> <li>- O modo como enfermeiros e outros profissionais de saúde lidam com a comunicação de más notícias depende das crenças e</li> </ul>

					<p>características culturais;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As estratégias apresentadas pelos enfermeiros que constituem a amostra revelam que não se comunica de modo direto e honesto, com o intuito de proteger os doentes do <i>distress</i> psicológico, bem como manter a esperança;</li> <li>- Sugere-se o desenvolvimento de <i>guidelines</i>, adequadas à cultura em questão, que ajudem os enfermeiros a desenvolver estratégias de comunicação de más notícias;</li> <li>- É fundamental investir em formação específica que deve estar presente desde a licenciatura, de modo a dotar os enfermeiros de competências nesta temática.</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

Tabela 7 - Extração de dados referente aos resultados da pesquisa nas bases de dados eletrónicas



Título, autores e ano	Objetivo	Tipo de Texto/Metodologia	Participantes	Resultados	Implicações para a Enfermagem
<p>“Breaking bad news: issues relating to nursing practice” (Warnock, C. - 2014)</p>	<p>Compreender o papel do enfermeiro no processo de transmissão de más notícias</p>	<p>Reflexão Crítica</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância de se definir “má notícia”, que não se limita à transmissão de um diagnóstico, prognóstico ou tratamento;</li> <li>- Exemplos de casos onde se explora a perspectiva de má notícia de uma doente, em que surgem situações de vivência de doença oncológica;</li> <li>- Exemplos de atividades que os enfermeiros desempenham no processo de transmissão de más notícias: gerir o impacto da informação transmitida pelo médico, utilizar uma linguagem adaptada à pessoa em questão, avaliar a compreensão do doente e esclarecer dúvidas e mal entendidos, avaliar que informação é importante para o doente, estar presente em momentos de transmissão de más notícias, identificar e validar a expressão emocional, apoio aos familiares, ajudar os doentes e famílias numa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A importância da intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias deve ser reconhecida. É necessária formação que possibilite o desenvolvimento de competências que reflitam e fundamentem o papel dos enfermeiros;</li> <li>- Existem <i>guidelines</i> que podem servir de orientação para esta temática. Contudo, nem sempre é possível planear os momentos de interação, dado que podem surgir no decorrer da prestação de cuidados;</li> <li>- É fundamental que haja articulação entre a equipa multidisciplinar, para que</li> </ul>

				<p>tomada de decisão informada, agir como intermediário entre doente/família e equipa multidisciplinar, planear os cuidados e avaliar recursos de apoio disponíveis, entre outros;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para além da transmissão de uma má notícia, a gestão das reações que daí podem advir é complexa;</li> <li>- Evitar a transmissão e gestão de más notícias tem um potencial impacto negativo nos cuidados;</li> <li>- Os enfermeiros podem ter dificuldade em gerir as suas próprias emoções;</li> <li>- Muitas vezes, os enfermeiros gerem as emoções e as dúvidas que os doentes/famílias apresentam face a informações que lhes foram fornecidas.</li> </ul>	<p>se compreender que informação foi transmitida e como;</p>
<p>“Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse” (Warnock, C., Tod, A., Foster,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar o papel do enfermeiro no processo de transmissão de más notícias;</li> <li>- Promover a formação para</li> </ul>	<p>Estudo misto (de modo a explorar 3 tópicos: o papel do enfermeiro no processo das</p>	<p>236 Enfermeiros, em que se incluem enfermeiros que prestam cuidados em serviços de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel do enfermeiro no processo de más notícias: a atividade mais apontada foi o apoio ao doente e família após lhes ser fornecida uma má notícia, gerindo as suas reações; a menos referida foi a transmissão de uma má notícia em si;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grande contacto e a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro-doente fazem com que os enfermeiros tenham um papel fundamental aquando da prestação de cuidados em</li> </ul>

<p>J. e Soreny, C. – 2010)</p>	<p>que os enfermeiros desempenhem o seu papel.</p>	<p>más notícias; as experiências dos enfermeiros relativamente ao processo de transmissão e gestão de más notícias; o tipo de formação relativamente à temática</p>	<p>oncologia e hematologia</p>	<p>- Barreiras na transmissão e gestão de más notícias, segundo a experiência dos enfermeiros: as mais referidas foram os constrangimentos de tempo, o facto do doente não querer saber determinada informação e o facto dos enfermeiros não se sentirem preparados caso o momento surja de forma não planeada. A menos referida foi os enfermeiros não se sentirem encorajados a participar neste processo. Relativamente às questões de resposta aberta emergiram 5 categorias sobre as barreiras sentidas pelos enfermeiros: o modo como a má notícia é transmitida; informação relativa ao doente/família; morte inesperada; reações que advêm da transmissão de uma má notícia; eventos significativos.</p> <p>- Experiência dos enfermeiros relativamente a estar envolvido neste processo: 81,8% considera que estar envolvido neste processo é recompensador; apenas 5, 5% evita envolver-se no processo por considerar difícil (ver tabela com total).</p> <p>- Formação prévia relativamente à</p>	<p>serviços de internamento;</p> <p>- O papel da enfermagem nesta temática corre o risco de ser negligenciada se não se identificarem, reconhecerem e valorizarem as suas intervenções;</p> <p>- Necessária formação específica;</p> <p>- As <i>guidelines</i> existentes focam-se muito no momento da transmissão de má notícia, podendo ser limitadoras para a atuação de um enfermeiro que preste cuidados em meio hospitalar e que possa não poder planear momentos de interação;</p> <p>- Recomenda-se mais investigação científica relativamente ao papel da enfermagem nesta temática.</p>
--------------------------------	--	---	--------------------------------	--	---

				temática: apenas 27 dos participantes com formação prévia (11%). 166 afirmam ter aprendido de modo informal (experiência) e 141 pela observação de colegas.	
<p>“How to break bad news and avoid common difficulties”</p> <p>(Edwards, M. – 2010)</p>	<p>Analisar o papel do enfermeiro no processo de comunicação e gestão de más notícias</p>	<p>Reflexão Crítica</p>		<p>- Apesar dos enfermeiros nem sempre serem responsáveis por transmitir uma má notícia, é importante que estejam preparados para o fazer, bem como para gerir eventuais reações a más notícias;</p> <p>- Fatores pessoais inerentes aos enfermeiros influenciam a prestação de cuidados;</p> <p>- Uma transmissão ou gestão inadequada de uma má notícia é suscetível de ter implicações negativas para os cuidados, como exacerbação de reações e queixas contra a equipa;</p> <p>- Este processo tem também implicações para os enfermeiros, sendo a formação fundamental. O protocolo de Buckman é um guia orientador.</p> <p>- Estratégias a ter em consideração: conhecer a situação vivida pela pessoa, bem como sua condição</p>	<p>- Os enfermeiros prestam cuidados e apoiam pessoas com uma grande diversidade de doenças, em que se inclui o cancro;</p> <p>- Pessoas com doenças crónicas e suas famílias podem passar por diversas situações em que são confrontados com a vivência de más notícias;</p> <p>- A abordagem para se transmitir/gerir uma má notícia tem de ser individualizada. Contudo, existem fatores orientadores a ter em consideração;</p> <p>- Apesar da transmissão e gestão de más notícias ser um processo complexo, é algo suscetível de ser aprendido e que pode</p>

				<p>clínica; tentar criar um ambiente calmo, privado e o mais confortável possível; transmitir disponibilidade; adequar o discurso à pessoa, evitando termos técnicos; compreender o que a pessoa sabe e como interpreta as suas vivências; permitir silêncios e pausas; estar-se atento à comunicação não-verbal; dar espaço para a pessoa processar a informação e esclarecer dúvidas; avaliar o uso do toque terapêutico; dar espaço para a pessoa exteriorizar as suas emoções; perceber se a pessoa compreendeu a informação, reforçando a disponibilidade da equipa.</p>	melhorar com experiência.
<p>“Nurses’ perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative research”  (Abbaszadeh, A. et al. – 2014)</p>	<p>Explorar a perspectiva dos enfermeiros na transmissão de más notícias ao doente e família</p>	<p>Estudo Qualitativo</p>	<p>19 Enfermeiros de serviços de internamento hospitalares</p>	<p>- No artigo enaltece-se a importância de se saber agir face à transmissão e gestão de más notícias relacionado com o impacto que uma doença crónica pode ter na vida de uma pessoa, onde emergem as doenças oncológicas;</p> <p>Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram 5 categorias enquanto estratégias face à comunicação de más notícias, cada uma com as suas subcategorias:</p> <p>- Promover uma comunicação eficaz</p>	<p>- A comunicação de más notícias era considerada uma área de atuação médica. Alguns enfermeiros consideram que assuntos relacionados com o diagnóstico são da responsabilidade do médico;</p> <p>- Uma comunicação eficaz é fundamental para promover a saúde, compreender</p>

				<p>com o doente e família (escuta ativa, avaliar o <i>feedback</i>, postura empática, respeito pelo doente e família enquanto agentes ativos);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter conhecimentos adequados para lidar com esta temática e poder preparar a pessoa para a receção e gestão de uma má notícia (dar “tiros de aviso”, avaliar cada situação individualmente, usar linguagem adequada, considerar as características da pessoa);</li> <li>- Minimizar os aspetos negativos da doença, em que os enfermeiros abordam a doença oncológica (evitar/adiar uma má notícia, considerar a possível deterioração do estado geral do doente);</li> <li>- Deixar esta temática para os médicos (considerar que a comunicação de más notícias não é responsabilidade dos enfermeiros, mas sim dos médicos);</li> <li>- Ter uma postura que ajude os doentes e família a terem uma tomada de decisão informada (clarificar aspetos da doença e outras dúvidas, realizar ensinios sobre tratamentos,</li> </ul>	<p>procedimentos e contribuir para a satisfação do doente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É essencial que a confiança seja uma das bases da relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro-doente;</li> <li>- Existem vários protocolos de transmissão de más notícias, sendo o protocolo SPIKES o mais conhecido;</li> <li>- Uma comunicação de más notícias deve ser adaptada à pessoa em si, sendo importante ter em consideração as suas necessidades, o seu nível de compreensão da situação e o seu desejo de informação;</li> <li>- Uma adequada transmissão e gestão de mas notícias ajuda que doentes e famílias possam ter uma decisão informada e possam preparar assuntos relevantes da sua</li> </ul>
--	--	--	--	---	---

				efeitos secundários, entre outros).	<p>vida ou, mesmo, a sua morte;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os enfermeiros apresentam uma grande relevância na comunicação de más notícias, enaltecendo-se a importância de formação adequada.</li> <li>- Considerar que irá haver variações de atuação consoante as perspectivas culturais.</li> </ul>
<p>“Transmissão de Más Notícias em contexto de Transplantação Medular” (Pires, R. – 2013)</p>	<p>Desenvolver competências técnicas, científicas e comunicacionais na transmissão/ gestão de más notícias na área de prestação de cuidados de enfermagem especializados na opção em enfermagem oncológica em</p>	<p>Relatório de Estágio em Curso de Mestrado Área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente Oncológica – Metodologia de Projeto</p>	<p>Percurso de estágio subdivido em 3 locais; Enfermeiros de um serviço de transplantação medular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O questionário aplicado à equipa em questão comprovou a necessidade formativa no âmbito desta temática;</li> <li>- A gestão emocional das reacções apresentadas pelo doente e família foi a dificuldade mais apontada pelos enfermeiros;</li> <li>- Exploração do protocolo SPIKES enquanto guia orientador das estratégias que os enfermeiros podem utilizar aquando da transmissão ou gestão de má notícia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforça-se a necessidade dos enfermeiros terem maior formação nesta temática;</li> <li>- Se existem procedimentos para administração correta de terapêutica e prevenção do erro, porque não pensar da mesma forma na comunicação de más notícias? A comunicação deve ser ajustada à pessoa doente e família nas doses certas, uma vez que doses</li> </ul>

	contexto de transplantação medular.				<p>inadequadas de informação poderão trazer implicações negativas para os cuidados;</p> <p>- No contexto de transplantação medular as “más notícias” fazem parte do quotidiano. <i>Guidelines</i> como o protocolo SPIKES poderão ajudar, mas é necessário adaptá-los ao contexto, aos enfermeiros e aos doentes.</p>
<p>“Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento” (Magalhães, L. – 2014)</p>	<p>Desenvolver competências de enfermeiro especialista na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento</p>	<p>Relatório de Estágio em Curso de Mestrado</p> <p>Área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente Oncológica – Metodologia de Projeto</p>	<p>Percurso de estágio dividido em 3 locais;</p> <p>Enfermeiros de um serviço de neurocirurgia</p>	<p>- Aborda-se o protocolo SPIKES enquanto possível linha orientadora das estratégias de transmissão e gestão de más notícias;</p> <p>- Durante o percurso de estágio em articulação com a pesquisa bibliográfica, fundamenta-se que os enfermeiros gerem, muitas vezes, as reacções emocionais que advêm do conhecimento de uma má notícia;</p> <p>- Promoveu-se a reflexão e aprendizagem dos enfermeiros através de recursos como sessões de formação, <i>brainstorming</i>, <i>roleplaying</i>, posters de divulgação.</p>	<p>- Enaltece-se a importância dos enfermeiros terem mecanismos para gerir as reacções emocionais do doente e família face ao processo de comunicação de más notícias;</p> <p>- Investir num maior envolvimento e articulação da equipa multidisciplinar, salientando-se a importância da presença de um enfermeiro aquando da transmissão de uma má notícia;</p>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a formação e reflexão nas equipas acerca da prática;</li> <li>- Refletir sobre a possibilidade de se criar um espaço dedicado à partilha de emoções e discussão de experiências;</li> <li>- Reforça-se a necessidade de se efetuar mais investigação em enfermagem relativamente a esta temática.</li> </ul>
<p>“Oncology nurses’ attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of oncology nursing society members”</p> <p>Helft, P. et al. – 2011</p>	<p>Avaliar as atitudes dos enfermeiros em oncologia relativamente à comunicação associada ao prognóstico e as suas experiências da qualidade dessa comunicação entre médicos</p>	<p>Estudo Quantitativo</p>	<p>394 Enfermeiros membros da “Oncology Nursing Society” (130 pertencentes enfermarias hospitalares)</p>	<p>- Relativamente à intervenção de enfermagem: 96% da amostra concordou que os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar a pessoa a preparar-se para o final de vida; 75% concordou que conversas difíceis sobre o prognóstico fazem parte do espectro da intervenção da enfermagem; 43% consideram que o facto do papel do enfermeiro não estar bem definido pode constituir uma barreira; 53% afirmaram sentir-se confortáveis em responder a perguntas relacionadas com o prognóstico ou com o fim de vida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este estudo sugere que os enfermeiros podem ter um importante papel face a assuntos difíceis, como o prognóstico, uma vez que identificam não só défices de comunicação, mas também os desejos de informação que os doentes apresentam;</li> <li>- Maior formação específica poderá estar relacionada com um menor desconforto em estar presente e participar em conversas</li> </ul>

				<p>- Relativamente às atitudes dos enfermeiros: 57% afirmou que nem sempre compreendem qual a perceção do doente acerca da sua situação ou prognóstico; 46% afirmou que cuida de doentes que aparentam não compreender o seu prognóstico; 43% mencionaram que as diferenças culturais podem constituir uma barreira nos cuidados; 59% dos enfermeiros afirmaram já ter tido doentes que fizeram perguntas para obter mais informações sobre a sua situação; 46% referiram evitar falar ou responder aos doentes sobre o seu prognóstico por se sentirem desconfortáveis na transmissão e gestão de más notícias.</p> <p>- Relativamente a questões éticas: 93% acredita que os enfermeiros necessitam de mais formação relativamente à comunicação de más notícias; 40% afirmou não se sentir preparado para conversas difíceis, como as que estão relacionadas com o prognóstico; 67% afirmou que os constrangimentos de tempo e o medo de retirar a esperança aos doentes constituem barreiras na comunicação;</p>	<p>relacionadas com o prognóstico. Contudo, são necessários mais estudos para poder retirar esta conclusão.</p> <p>- Existe incerteza face à intervenção de enfermagem no que diz respeito a conversas que envolvam o prognóstico, havendo receio de conflitos com o papel médico;</p> <p>- Promover a articulação da equipa multidisciplinar, bem como a presença dos enfermeiros em momentos em que se abordem assuntos difíceis com os doentes;</p> <p>- A intervenção de enfermagem abrange os assuntos relacionados com o prognóstico. Contudo, é necessário clarificar aspetos relacionados com questões éticas, bem como a formação específica e articulação com os</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>- Relativamente à equipa: 85% concorda que devem ser os médicos os principais responsáveis por discutir com os doentes assuntos relacionados com o prognóstico; 98% concorda que os enfermeiros devem articular com os médicos, caso os doentes mostrem dúvidas sobre o seu prognóstico; 43% afirmou que raramente ou, mesmo, nunca esteve presente em momentos em que o médico falou com os doentes sobre conversas sobre o seu prognóstico;</p> <p>- Relativamente à formação: 93% afirmou que os enfermeiros deveriam ter mais formação; 61% afirmou sentir-se preparado para conversas difíceis sobre o prognóstico (correspondendo esta percentagem a enfermeiros com mais experiência).</p>	médicos;
<p>“Comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI (Coelho, M. – 2012)</p>	<p>- Desenvolver competências técnicas e científicas na área das estratégias da comunicação de más notícias ao doente</p>	<p>Relatório de Estágio em Curso de Mestrado</p> <p>Área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente</p>	<p>Percurso de estágio dividido em 3 locais;</p> <p>Enfermeiros de um serviço de Neurocirurgia</p>	<p>- Apesar de não existir uma fórmula exacta, explicita-se o protocolo S-P-I-K-E-S enquanto linha orientadora de ação;</p> <p>- Importância de compreender que uma má notícia é algo subjetivo e único, dependente na vivência singular da pessoa;</p>	<p>- A comunicação de más notícias ao doente oncológico e família é algo complexo para os profissionais de saúde;</p> <p>- Importância da articulação da equipa multidisciplinar;</p> <p>- A comunicação de más</p>

	oncológico/ família em contexto hospitalar/UCI	Oncológica – Metodologia de Projeto	-UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante a trajectória da doença oncológica existem vários momentos em que a pessoa pode ser submetida à comunicação de más notícias, sendo o papel do enfermeiro determinante;</li> <li>- Enaltece-se a importância de incluir a família como parte integrante do processo, havendo uma necessidade de reajuste constante;</li> <li>- Aplicado questionário a enfermeiros de um serviço de neurocirurgia/UCI: as dificuldades mais apontadas na comunicação de más notícias foram as dificuldades de ordem pessoal (como atuar; como gerir emoções de doente/família; como gerir as próprias emoções) e as dificuldades inerentes ao trabalho em equipa. Para colmatar as dificuldades os enfermeiros mostraram vontade de desenvolver estratégias nesta temática;</li> <li>- Sensibilização da equipa de enfermagem para esta temática através de sessões de formação, havendo espaço para reflexão e esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<p>notícias deverá ser efectuada por quem tenha competências específicas para tal, no seio da equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância de investimento na formação prática e teórica dos enfermeiros na temática contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados;</li> </ul>
"Capacitação	Adquirir	Relatório de	Percurso de	- Protocolo de Buckman enquanto	- O facto de, cada vez

<p>do enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico submetido a Cirurgia Paliativa” (Mergulhão, E. – 2013)</p>	<p>competências de comunicação de más notícias durante a prestação de cuidados ao doente oncológico na fase subsequente à decisão cirúrgica; Identificar os métodos e metodologias adequadas à formação de comunicação de más notícias ao doente oncológico em fase avançada de doença; Melhorar a capacitação da equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias.</p>	<p>Estágio em Curso de Mestrado</p> <p>Área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente Oncológica – Metodologia de Projeto</p>	<p>estágio subdividido em 3 locais;</p> <p>Enfermeiros de um serviço de cirurgia geral de um Hospital Central</p>	<p>técnica orientadora na comunicação de más notícias;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A forma como uma má notícia é transmitida à pessoa com doença oncológica tem grande influência na sua reação à mesma;</li> <li>- Importância da relação de ajuda e da escuta ativa na interação enfermeiro-doente;</li> <li>- Aplicado questionário diagnóstico a 31 enfermeiros de um serviço de cirurgia geral: 93,3% sabe o que é uma má notícia; 86,6% afirma que não tem conhecimento que o doente é informado da sua situação; a impotência foi o sentimento mais apontado pelos enfermeiros (32,3%) aquando de comunicação de uma má notícia; a escuta ativa surgiu como estratégia mais utilizada (33,3%); a comunicação surge como a categoria em que os enfermeiros sentem mais dificuldades aquando de uma má notícia (36,6%); a formação e o treino prático surgem como sugestão mais apontada para melhorar as competências do enfermeiro nesta temática (57,1%);</li> </ul>	<p>mais, o doente oncológico ser submetido a cirurgias do foro paliativo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida faz com que seja fundamental que os enfermeiros desenvolvam as competências comunicacionais;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O protocolo de Buckman enquanto norma de orientação para a comunicação de más notícias;</li> <li>- Importância de se registar as intervenções de enfermagem neste âmbito (neste caso, recorrendo a linguagem CIPE) como forma de melhoria contínua da qualidade de cuidados;</li> <li>- Relevância de se promover momentos de reflexão e de partilha.</li> </ul>
---	--	--	---	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- No sentido de capacitar a equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias foram utilizadas estratégias como: formações em serviço com uma fase teórica e uma fase prática, bem como o recurso a role-play.</li> </ul>	
<p>“Gestão do Impacto da Comunicação de Más Notícias na Pessoa com Doença Oncológica e sua Família – Papel do Enfermeiro” (Arranja, A. – 2014)</p>	<p>Desenvolver competências na área da gestão do impacto da comunicação de más notícias na pessoa com doença oncológica e sua família.</p>	<p>Relatório de Estágio em Curso de Mestrado</p> <p>Área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente Oncológica – Metodologia de Projeto</p>	<p>Percurso de estágio subdividido em 4 locais;</p> <p>Enfermeiros de um serviço de especialidades médicas, na área de gastroenterologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A área de comunicação de más notícias é encarada com dificuldade pelos enfermeiros, havendo o risco de recorrer a mecanismos de fuga;</li> <li>- Importância da prática reflexiva de modo a tornar as aprendizagens conscientes e estruturadas;</li> <li>- Direcionar as intervenções de enfermagem de forma individualizada, tendo como base os significados e necessidades únicas de cada pessoa e família;</li> <li>- Importância de desenvolver competências de comunicação para a prestação de cuidados;</li> <li>- Aplicação do protocolo de Buckman na comunicação de más notícias;</li> <li>- Inclusão da família como parte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A comunicação é uma ferramenta central nos cuidados de enfermagem;</li> <li>- A comunicação de más notícias é algo difícil, enaltecendo-se a importância do enfermeiro na gestão do impacto que uma má notícia possa ter;</li> <li>- A transmissão de más notícias deve ser realizada pela pessoa que possua essas competências desenvolvidas;</li> <li>- Confirmada a necessidade de formação e treino de competências neste âmbito;</li> <li>- Com a implementação</li> </ul>

				<p>integrante do plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As necessidades de comunicação podem ser distintas entre os doentes e os familiares;</li> <li>- Aplicação de um questionário diagnóstico a 13 enfermeiros de um serviço de especialidades médicas: 92% referiu sentir necessidades de formação no âmbito do tema em estudo;</li> <li>- Perante as dificuldades expostas pela equipa de enfermagem desse serviço foram realizados 2 momentos formativos: um teórico e outro teórico-prático;</li> <li>- Face às necessidades que emergiram, elaborado o "Procedimento de enfermagem: comunicação de falecimento aos familiares, serviço de Gastreenterologia";</li> </ul>	<p>deste projeto foram definidos 2 espaços físicos passíveis de serem utilizados para momentos de transmissão e gestão de más notícias.</p>
--	--	--	--	---	---

Tabela 8 - Extração de dados referentes aos resultados encontrados através da pesquisa na "literatura cinzenta"

## b) Discussão de Resultados

A pesquisa realizada sobre a temática possibilitou compreender que muita da literatura existente sobre a comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica é direcionada para os médicos e para a transmissão de diagnóstico e/ou prognóstico.

Da análise dos dados emergiram as seguintes temáticas enquanto pontos fulcrais relativos ao conhecimento atual sobre a intervenção de enfermagem na transmissão e gestão de más notícias, à pessoa com doença oncológica em contexto de internamento hospitalar:

- a) Utilizar guias/protocolos orientadores para transmissão e gestão de más notícias:

A nível de *guidelines*, o protocolo S-P-I-K-E-S (*setting, perception, invitation, knowledge, empathy, summary/strategy*) é o que surge como estratégia mais utilizada aquando da transmissão e gestão de más notícias, bem como na realização de formação sobre a temática. Enquanto Baer (2013), Becze (2010) e Kaplan (2010) exploram cada passo do protocolo, Eid et al. (2009) e Palmer & Thain (2010) falam sobre estudos aplicados a enfermeiros em que este foi utilizado. Contudo, todos os textos que emergiram dos resultados se reportam ao protocolo S-P-I-K-E-S enquanto guia orientador na comunicação de más notícias.

Este protocolo surgiu a partir de uma necessidade dos oncologistas em que classificavam esta temática dos oncologistas classificarem esta temática como difícil, alegando falta de formação e dificuldade em gerir as emoções do doente e família face à receção de uma má notícia. Apesar da complexidade inerente à comunicação de más notícias, as etapas definidas neste protocolo pretendem ajudar o profissional de saúde a ter um plano de ação (Buckman, 2005). Este protocolo é composto por 6 passos: o ambiente e preparação (*setting*) que remete para a preparação do profissional, bem como do espaço em si; compreender a perceção do doente, isto é, em que medida tem conhecimento sobre a sua situação (*perception*); perceber o que o doente quer saber (*invitation*); dar a informação de forma faseada, em linguagem adequada, verificar se o doente se encontra a compreender (*knowledge*); identificar as emoções expressas pelo doente e responder empaticamente face às emoções manifestadas (*emotions ou empathy*); realizar um resumo acerca do que foi



abordado, esclarecer dúvidas e avaliar a compreensão do doente acerca do que foi falado e planear o acompanhamento (*strategy/summary*).

À semelhança do que acontece em “*Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer*” (Becze, 2010) e “*SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer*” (Kaplan, 2010), Baer (2013) aborda não só o protocolo S-P-I-K-E-S, mas também a mnemónica NURSE (*name, understand, respect, support, explore*). A gestão emocional é apontada como uma dificuldade aquando de intervenções que envolvem más notícias, dada a necessidade dos profissionais terem de gerir não só as emoções de doentes e famílias, mas também os seus próprios medos e sentimentos (Lopes & Graveto, 2010).

Neste sentido, este protocolo de atuação tem, assim, o intuito de ajudar o enfermeiro a responder de forma empática às emoções apresentadas pelo doente/família face a uma má notícia: no primeiro passo pretende-se identificar a emoção apresentada (*naming*); no segundo passo visa-se compreender quais os receios e preocupações da pessoa em questão (*understanding*); no terceiro passo o intuito é dar espaço para que a pessoa expresse as suas emoções, validando a sua expressão e respeitando o que a pessoa sente (*respect*); o quarto passo remete para apoiar a pessoa e avaliar recursos que possam ser úteis para a situação vivida (*supporting*); no quinto passo pretende-se clarificar aquilo que foi dito, reforçar a postura empática e dar espaço para que a pessoa expresse emoções que possa ter hesitado em demonstrar previamente (*exploring*).

Com o NURSE, o importante não é concordar ou não com as emoções expressas pela pessoa, mas sim validar e possibilitar a sua expressão (Kaplan, 2010). Uma resposta empática adequada à situação em questão contribui não só para reduzir os níveis de *stress* da pessoa doente, mas também do próprio enfermeiro (Baer, 2013).

- b) Considerar as características culturais da pessoa doente/família aquando da transmissão/gestão de más notícias e aquando da utilização de guias orientadores:

Apesar das *guidelines* existentes pretenderem orientar a intervenção dos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias, é interessante constatar as

diferenças culturais. No estudo qualitativo “*Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses’ experiences*” (Valizadeh, L. et al., 2014) emergiram duas categorias principais da análise de conteúdo das entrevistas: não falar da doença e suas potenciais consequências e evitar dizer toda a verdade. Existe uma perspectiva paternalista em que se tenta proteger o doente do *distress* psicológico. Estes resultados, que não são estaticamente representativos, devem ser interpretados de acordo com a cultura do país. As crenças, cultura e características dos enfermeiros são, então, suscetíveis de influenciar os cuidados e os seus resultados, dado que todos os intervenientes da relação terapêutica são determinantes (Watson, 2002). No estudo em questão, recomenda-se o investimento em formação específica para a enfermagem na comunicação de más notícias, tendo em consideração que as *guidelines* devem ser culturalmente adaptadas. A comunicação ocorre em contextos culturais, que são influenciados por diversos fatores: localização geográfica, religião, etnia, sexo, idade, papéis sociais e familiares, entre outros. Assim, apesar dos protocolos de comunicação de más notícias serem essenciais, é necessário que se tenha em consideração as características culturais (Hallenbeck & Periyakoil, 2011).

No artigo “*Nurses’ perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative research*” (Abbaszadeh, A. et al., 2014) também se remete para a importância de se considerar a cultura do país, uma vez que que irá influenciar não só a perspectiva dos doentes e famílias, mas também a dos enfermeiros. O protocolo S-P-I-K-E-S é mencionado como um dos recursos úteis para orientar os enfermeiros na comunicação de más notícias, reforçando-se a importância de se adaptar as intervenções às características de cada doente, com base no que este quer saber e compreende.

Os fatores culturais podem igualmente estar associados aos resultados do estudo quantitativo “*To tell or no to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis*” (Li et al., 2008), onde 55, 8% da amostra acredita que um doente oncológico em fase terminal não deve ser informado do seu diagnóstico. Com o princípio ético da autonomia, defende-se que a pessoa doente tenha uma participação ativa no plano de cuidados, tendo os profissionais um papel essencial para contribuir que o doente possa ter uma tomada de decisão informada. Contudo, apesar de se estudar cada vez mais a comunicação de más notícias à

pessoa com doença oncológica, existem ainda locais no mundo, como por exemplo a China e o Japão, em que a cultura se caracteriza pelo paternalismo, em que a família tem um papel mais preponderante do que o doente em si e em que se pode omitir alguma informação ao doente, com o intuito de o proteger e não destruir a esperança. Assim, é muito importante ter uma sensibilidade cultural aquando da comunicação de más notícias (Baile & Parker, 2011).

- c) Construir uma relação de confiança para gerir emoções da pessoa e da família:

Em “*Breaking bad news: issues relating to nursing practice*”, Warnock (2014) explora o papel do enfermeiro neste processo, referindo que nem sempre é possível planear estes momentos de transmissão/gestão de más notícias, dado surgirem durante a prática. Enaltece-se, assim, que os enfermeiros têm de estar preparados para gerir as emoções que podem advir da receção de uma má notícia, reforçando-se que é essencial uma articulação e comunicação eficaz na equipa multidisciplinar que possibilitem que os enfermeiros tenham noção da informação que os doentes e família receberam. Exemplos de atividades que os enfermeiros desempenham no processo de transmissão de más notícias, que emergem neste artigo: gerir o impacto da informação transmitida pelo médico, avaliar a compreensão do doente e esclarecer dúvidas e mal entendidos, avaliar que informação é importante para o doente, estar presente em momentos de transmissão de más notícias, identificar e validar a expressão emocional, apoio aos familiares, ajudar os doentes e famílias numa tomada de decisão informada, agir como intermediário entre doente/família e equipa multidisciplinar, planear os cuidados e avaliar recursos de apoio disponíveis, entre outros.

No estudo misto realizado por Warnock et al. (2010), a atividade mais apontada à intervenção de enfermagem foi a necessidade de gerir as emoções da pessoa doente e família e não a transmissão de más notícias em si. Neste estudo salienta-se igualmente que, apesar de *guidelines* como o protocolo S-P-I-K-E-S serem úteis, podem ser limitadoras da intervenção de enfermagem em contexto hospitalar, tendo em conta que muitas vezes é não é possível planear estes momentos.

Da análise de conteúdo das entrevistas do estudo “*Nurses’ perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative research*” (Abbaszadeh, A. et al., 2014), já referido anteriormente face à importância de se considerar as características culturais, emergiu igualmente que promover uma comunicação eficaz, ter conhecimentos e formação em comunicação de más notícias e ajudar a pessoa doente e família a tomar uma decisão informada (clarificar dúvidas, manter acompanhamento, realizar ensinamentos, entre outros) são algumas das intervenções dos enfermeiros. A confiança é apontada como fundamental no desenvolvimento da relação terapêutica, tendo o enfermeiro um papel fundamental em apoiar o doente e família a estarem informados e vivenciar o processo de doença da maneira que desejarem. Neste sentido, Jean Watson (2002) aponta a importância do cuidar transpessoal, de ser fundamental que o enfermeiro trabalhe em conjunto com o doente e sua família, considerando-se que cada ser é único, com características e contextos próprios.

Coelho (2012) refere que durante a trajetória da doença oncológica existem vários momentos em que a pessoa pode ser submetida à comunicação de más notícias, sendo o papel do enfermeiro essencial para a prestação de cuidados de qualidade e adaptados às necessidades da pessoa em questão. Por sua vez, Magalhães (2014) e Arranja (2014) referem que os enfermeiros têm um papel determinante dado que gerem, muitas vezes, as reações emocionais que advêm do conhecimento de uma má notícia. Enaltece-se, assim, a importância dos enfermeiros terem mecanismos que lhes possibilite gerir as reações emocionais do doente e família face a este processo.

Para além de enaltecer a relevância do papel do enfermeiro e das competências comunicacionais adequadas para dar resposta às necessidades dos doentes, Mergulhão (2013) alerta para a importância de se registar as intervenções de enfermagem neste âmbito como forma de melhoria contínua da qualidade de cuidados;

- d) Desenvolver as competências de transmissão e gestão de más notícias e a investigação na área:

Em Warnock et al. (2010) é apontado que o papel da enfermagem nesta temática corre o risco de ser negligenciado se não se identificarem, reconhecerem e

valorizarem as suas intervenções. Neste sentido, a necessidade de formação na transmissão e gestão de más notícias ao doente oncológico, bem como o investimento em realizar investigação direccionada para a enfermagem, são referidos por praticamente todos os textos em análise.

No estudo de observação *“Breaking Bad News”: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses* (Eid, A. et al., 2009) foi aplicada uma *checklist* de observação baseada no protocolo S-P-I-K-E-S. Apesar das conclusões não se poderem generalizar, pôde-se constatar que as intervenções melhoraram após formação sobre a temática, o que corrobora que estas competências podem ser aprendidas e desenvolvidas.

Em *“Improving Oncology Nurses’ Communication Skills for Difficult Conversations”* (Baer, L., 2013) as 3 sessões teórico-práticas aplicadas possibilitaram que os enfermeiros sentissem uma melhoria nas suas competências face à transmissão e comunicação de más notícias. Apesar de a amostra ser pequena e não permitir conclusões, a associação entre a teoria e a prática poderá ser benéfica para aumentar a segurança e competências dos profissionais face a conversas difíceis.

A intervenção de enfermagem ao nível das más notícias tem o potencial de ter um grande impacto ao nível dos cuidados à pessoa com doença oncológica. Em *“Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news”* (Palmer & Thain, 2010) discute-se que enfermeiros especialistas com competências comunicacionais poderiam acompanhar com sucesso os doentes na fase de diagnóstico de cancro de pulmão ou mesotelioma. A formação adequada e o recurso a estratégias inspiradas no protocolo de Buckman surgem como aspetos fundamentais para a intervenção de enfermagem nestes doentes. Contudo, é necessário interpretar os resultados consoante a deontologia profissional, considerando que podem haver diferenças ao nível das competências em enfermagem consoante cada país.

No que se refere ao estudo quantitativo *“To tell or no to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis”* (Li et al., 2008), enaltece-se a complexidade do processo de comunicação de más notícias, tendo impacto em todos os intervenientes. Neste sentido, emerge que as características

dos próprios enfermeiros, bem como as suas experiências pessoais e profissionais são susceptíveis de influenciar a transmissão e gestão de más notícias, sendo fundamental investir em formação teórica e prática que possibilite o desenvolvimento de competências neste âmbito.

Pires (2013) estudou a questão da transmissão de más notícias ao nível de um serviço de transplantação medular, contexto onde as más notícias são uma realidade frequente, e uma das suas finalidades foi promover a melhoria da intervenção de enfermagem. Constatou a necessidade formativa dos enfermeiros em desenvolver competências e estratégias no que diz respeito a esta temática. A gestão emocional foi a dificuldade mais apontada pelos enfermeiros, explorando o protocolo S-P-I-K-E-S enquanto estratégia orientadora possível aquando da comunicação de más notícias.

Uma comunicação ineficaz em oncologia poderá ter implicações negativas para os cuidados como, por exemplo, aumentar níveis de *distress* (Goldsmith et al., 2013). Neste sentido, Pires (2013) alerta para a importância da acção do enfermeiro no âmbito das más notícias e explora um pensamento interessante: se se tem em consideração as *guidelines* e formação necessárias para prevenir o erro terapêutico e suas consequências, porque não pensar da mesma forma para a comunicação das más notícias, considerando que uma intervenção ineficaz pode afetar não só o doente e família, mas também os enfermeiros?

Ao analisar o papel da enfermagem no processo de comunicação de más notícias, Edwards (2010) reporta-se para este facto, refletindo que uma transmissão ou gestão inadequada de uma má notícia poderá exacerbar reações negativas e prejudicar os resultados dos cuidados. Neste texto, em que Buckman e o seu protocolo também surge como guia de estratégias, alerta-se para que, apesar deste processo ser algo complexo, é algo que pode ser aprendido e melhorado (articulando-se a teoria com a prática), sendo fundamental que os enfermeiros estejam preparados para tal.

Neste sentido, enquanto momentos de aprendizagem, Magalhães (2014) defende a relevância de se promover a formação teórico-prática e a reflexão nas equipas acerca da prática. Para além disso, reflete sobre a possibilidade de se criar um espaço dedicado à partilha de emoções e discussão de experiências.

Assim, de forma global, gostaria de enaltecer dois eixos que emergem como fulcrais: a necessidade de formação e a importância da gestão emocional dos próprios enfermeiros.

Por um lado, todos os resultados obtidos com a presente pesquisa apontam para a importância crescente de se investir em formação que possibilite aos enfermeiros desenvolver competências no âmbito desta temática e, logo, intervir da forma mais adequada possível. Esta formação deverá associar a vertente teórica à prática, recorrendo-se a metodologias ativas e valorizando-se o apoio entre a equipa multidisciplinar.

Para além disso, há que considerar a relevância da gestão emocional dos enfermeiros. O facto de saberem gerir e lidar com as suas próprias vulnerabilidades é essencial para que se possam prestar cuidados adequados às necessidades das pessoas, sem que haja risco de evitamento ou de fuga, considerando que todos os participantes influenciam a relação terapêutica com as suas características (Watson, 2002). Neste sentido, a reflexão poderá constituir um meio extremamente útil. Tal acontece uma vez que a prática reflexiva é importante para que os enfermeiros possam analisar o seu papel no âmbito das más notícias e aumentem o grau de autoconhecimento, procurando oportunidades para melhorar as suas competências comunicacionais e prestar cuidados centrados na pessoa (McGuigan, 2009).

- e) Trabalhar em equipa multidisciplinar no âmbito da transmissão e gestão de más notícias:

No estudo quantitativo *“To tell or no to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis”* (Li et al., 2008) alerta-se para a importância não só dos enfermeiros receberem mais formação no âmbito da comunicação de más notícias para adequarem a sua intervenção, mas também para que haja iniciativas formativas conjuntamente com os médicos, de modo a que os profissionais aprendam a colaborar uns com os outros aquando de conversas difíceis. Realça-se, deste modo, a importância de se aprender a trabalhar em equipa, considerando-se que existe o objetivo comum de prestar os melhores cuidados possíveis. Os problemas de comunicação e objetivos ou papéis mal

definidos são algumas das dificuldades no trabalho em equipa que podem ter impacto negativo nos resultados em saúde (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

No estudo quantitativo “*Oncology nurses’ attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of oncology nursing society members*” (Helft et. al, 2011) emerge também esta importância de se promover a articulação da equipa multidisciplinar, bem como a presença dos enfermeiros em momentos em que se abordem assuntos difíceis com os doentes. 75% da amostra concordou que conversas difíceis, como as que estão relacionadas com o prognóstico, fazem parte do espectro da intervenção da enfermagem e 96% concordou que faz parte do papel dos enfermeiros ajudar a pessoa a preparar-se para o final de vida.

No seu percurso de estágio no âmbito de Mestrado, Coelho (2012) refere que uma das dificuldades mais sentidas pelos enfermeiros de um serviço hospitalar de neurocirurgia na comunicação de más notícias ao doente oncológico é a falta de trabalho em equipa dos diferentes profissionais. A relevância de se investir num maior envolvimento e articulação de toda a equipa surge também no Relatório de Estágio no percurso de Curso de Mestrado de Magalhães (2014): sendo o profissional de enfermagem aquele que mais tempo passa em contacto com o doente e sua família, a autora salienta a importância da presença de um enfermeiro aquando da transmissão de uma má notícia. Tal contribui não só para uma intervenção conjunta face às necessidades da pessoa doente/família, mas também para que haja conhecimento sobre aquilo que foi transmitido e eventuais reações e *feedback*.



### **c) Conclusões e implicações para a prática**

Ao ser classificada como uma doença crónica, a doença oncológica é caracterizada por um percurso de altos e baixos para a pessoa que a vive. Desta forma, durante a trajetória de um cancro existem diversos momentos ou etapas em que a pessoa pode estar sujeita à comunicação de más notícias, assumindo o enfermeiro um papel essencial.

A comunicação de más notícias constitui uma área difícil para todos os intervenientes, complexificando a interação na relação enfermeiro-doente e família. O défice de competências neste âmbito é suscetível de ter implicações negativas na prestação de cuidados, bem como aumentar o *stress* de todas as pessoas envolvidas. É, assim, fundamental o desenvolvimento de competências que possibilitem uma intervenção de enfermagem adequada a cada situação, evitando não só o défice e mecanismos de fuga, mas também o exagero neste processo de transmissão e gestão de más notícias.

A pesquisa inerente à realização desta *scoping review* possibilitou constatar que a documentação nesta área se encontra mais direccionada para a intervenção médica, havendo ainda escassez no que diz respeito à intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias. Apesar de se reconhecer o estudo desta problemática como importante, os resultados diminuem quando aplicados filtros de pesquisa que direcionem os resultados especificamente para o âmbito da prestação de cuidados em enfermagem.

Foi possível constatar que o protocolo S-P-I-K-E-S emerge como a ferramenta mais útil no que diz respeito a ser um guia orientador da intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica e família. Contudo, este protocolo parece ser mais direccionado para situações planeadas de entrevista e/ou conferências familiares, sendo fundamental considerar que os momentos de transmissão e gestão de más notícias surgem muitas vezes de modo espontâneo no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, o que inviabiliza qualquer tipo de preparação ou planeamento. Torna-se, assim, fundamental reflectir sobre a prática de enfermagem no âmbito desta temática e sobre a importância dos enfermeiros estarem preparados para intervir de forma adequada, informada e baseados na melhor evidência disponível.

A pesquisa aponta também a mnemónica NURSE como uma estratégia passível de ser utilizada pelos enfermeiros no que diz respeito à área da comunicação de más notícias, uma vez que pretende ajudar o enfermeiro a responder empaticamente às emoções apresentadas pela pessoa doente e/ou familiar perante uma má notícia. Reforça-se que o importante não é concordar ou não com as emoções expressas, mas sim validar e dar espaço para que a pessoa as possa expressar.

Numa realidade em que, cada vez mais, as culturas se cruzam umas com as outras, os resultados que emergiram desta *scoping review* remetem igualmente para a importância de se adaptar as estratégias e ter sensibilidade cultural aquando da prestação de cuidados. Deste modo, apesar das *guidelines* existentes constituírem importantes guias orientadores, enaltece-se a importância de se prestarem cuidados culturalmente competentes. Assim, as intervenções devem ser adaptadas considerando que as características das pessoas e o modo como vivenciam o seu processo de doença diferem consoante a sua cultura.

Em contexto de internamento hospitalar, os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo contactam com o doente aquando da prestação de cuidados. Deste modo, o grande contacto e proximidade que os enfermeiros estabelecem com o doente e família contribuem para que estes profissionais tenham um papel fundamental em áreas como a comunicação de más notícias. Para além da transmissão de más notícias em si, o enfermeiro é apontado como um gestor de más notícias transmitidas por outros profissionais, o que torna essencial que não só saiba responder empaticamente às reações que podem advir de uma má notícia, mas igualmente que esteja treinado e seja capaz de gerir as suas próprias emoções.

A articulação da equipa multidisciplinar é algo determinante quando se reflecte sobre a intervenção ao nível da comunicação de más notícias ao doente oncológico. Défices ao nível desta articulação, bem como a falta de trabalho em equipa são apontados como aspetos que dificultam não só a intervenção de enfermagem, mas também a prestação de cuidados com qualidade. Nos resultados que emergiram desta pesquisa sugere-se que os profissionais de saúde possam ter ações de formação conjuntas que promovam uma melhor articulação multidisciplinar. Para além disso, sendo os enfermeiros que mais tempo passam com os doentes nos serviços de internamento e que, muitas vezes, gerem as reações e

questões relacionadas com a receção de uma má notícia, enaltece-se a importância dos enfermeiros estarem presentes em momentos de transmissão de más notícias (sendo esta uma atuação em equipa e não apenas de um profissional de saúde).

A necessidade de maior investimento em formação em enfermagem no âmbito desta temática é outra das conclusões fulcrais que se pode retirar da realização do presente trabalho. De forma geral, esta é uma conclusão apontada por todos os textos que emergiram da pesquisa, defendendo-se uma associação entre a teoria e a prática no sentido de desenvolver competências na área da comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica. Para além de se ter de valorizar a comunicação enquanto intervenção técnica inerente às competências de enfermagem, é também essencial que se promovam momentos de treino, reflexões e de partilha de experiências. Tal como já referido anteriormente, o não desenvolvimento de competências nesta área irá acarretar repercussões negativas para os cuidados, podendo contribuir para complicar a vivência de um processo de doença que em si é já bastante complexo e difícil.

A área da comunicação de más notícias é, muitas vezes, apontada pelos enfermeiros como algo difícil, havendo mesmo o risco de estarem presentes mecanismos de fuga. O facto de alguns dos resultados da pesquisa serem projetos no âmbito da dissertação de Mestrado, denota a necessidade crescente de desenvolvimento de competências de enfermagem no âmbito desta temática.

É fulcral que se reconheçam e valorizem as intervenções de enfermagem no processo de transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica em contexto hospitalar. Independentemente das dificuldades que possam estar inerentes (seja ao nível de constrangimentos de tempo, de gestão emocional, de falta de articulação na equipa multidisciplinar, entre outros) esta é inegavelmente uma competência inerente à enfermagem que não se limita à transmissão de um prognóstico e/ou diagnóstico da parte de um médico.

Assim, para além de mapear o atual conhecimento sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica em contexto de internamento hospitalar, da realização desta scoping review emerge: a importância de haver um maior investimento em formação teórico-prática, bem como de se realizar mais investigação em enfermagem dedicada a esta temática. Esta investigação poderá incidir não só sobre estratégias

orientadoras a utilizar pelos enfermeiros no decorrer da prestação de cuidados (considerando que o protocolo de Buckman se encontra mais dedicado a situações estruturadas e planeadas), mas também por estudos que evidenciem a relevância da formação para os resultados dos cuidados e sua qualidade, bem como ao nível da importância da articulação da equipa multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbaszadeh, A. et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7 (17), p. 1 – 7.
- Arranja, A. (2014). *Gestão do Impacto da Comunicação de Más Notícias na Pessoa com Doença Oncológica e sua Família – Papel do Enfermeiro* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Baer, L. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Oncology Nursing Society*, 17 (3), 45 – 51.
- Baile, W. & Parker, P. (2011). Breaking bad news. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 - 112). Oxford: Oxford University Press.
- Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Editorial Just in Time S. L.
- Becze, E. (2010). Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *ONS Connect*, p. 14 – 15.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). Trabalho em Equipa. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 761 – 772). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Cassidy, J., Bissett, D., Obe, R. (2002). *Oxford Handbook of Oncology*. Nova Iorque: Oxford University Press.

Caswell, G. (et al.) (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *Palliative Care*, 14(35), p. 1-14.

Coelho, M. (2012). *Comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI*. (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12 (10), 495 – 497.

Eid, A., Petty, M., Hutchins, L. & Thompson, R. “Breaking Bad News”: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. *Journal of Cancer Education*, 24 (2), p. 154 – 159.

Filho, C. et al. (2006). *Literatura Cinzenta: Teses. Eventos. Relatórios*. Trabalho oferecido pelo Departamento de Biblioteconomia e Documentação. Universidade de São Paulo, Escola de Comunicação e Artes.

Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), p. 163 – 167.

Hallenbeck, J. & Periyakoil, V. (2011). Intercultural communication in palliative care. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 389 – 398). Oxford: Oxford University Press.

Helft, P. et al. (2011). Oncology Nurses’ attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of Oncology Nursing Society Members. *Oncology Nursing Forum*, 38 (4), p. 468 – 474.

- Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), p. 514 – 516.
- Li, J. et al. (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 2463 – 2470.
- Lopes, C. & Graveto, J. (2010). Comunicação de notícias: receios de quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2), p. 257 – 263.
- Magalhães, L. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- McCray, N. (2000). Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida. In Otto, S. (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (pág. 893 – 912). 3ª Ed. Lisboa: Lusociência.
- Mergulhão, E. (2013). *Capacitação do enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico submetido a Cirurgia Paliativa* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Merkle, C. (2011). The Biology of Cancer. In Yarbro, C., Wujcik, D. & Gobel. B. (Ed.) *Cancer Nursing: Principles and Practices* (pág. 1 – 21). Londres: Jones and Bartlett Publishers.
- Onan, N., Barlas, G., Karaca, S., Yildirim, N., Taskiran, O. & Sumeli, F. (2015). The Relations Between Perceived Stress, Communication Skills and Psychological Symptoms in Oncology Nurses. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5 (3), 170 – 177.

- Palmer, C. & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9 (9), p. 24 – 27.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, R. (2013). *Transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 461 – 486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão de Más Notícias na perspetiva do Enfermeiro* (dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Stefanelli, M., Carvalho, E. & Arantes, E. (2005). Comunicação e enfermagem. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 1 – 8). Brasil: Editora Manole Ltda.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.



- Valizadeh, L., Taleghani, F., Howard, A. & Jeddian, A. (2014). Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experiences. *Nursing Ethics*, 21 (5), p.518 – 529.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), p. 51 – 58.
- Warnock, C., Tod., A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p. 1543 – 1555.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

# **APÊNDICE VII**

**Plano de Sessão de Formação**

***“Scoping Review: contextualização e metodologia”***

## **Plano de Sessão de Formação**

“Scoping Review: contextualização e metodologia”

**População-alvo:** Equipa de enfermagem de um serviço de transplantes medulares

**Datas:** A realizar sempre que se justifique e que seja possível, no decorrer do estágio no serviço em questão

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala de reuniões do serviço de transplantes medulares

**Objetivo:** Esclarecer o que é uma *Scoping Review*, contextualizando-se a sua elaboração e metodologia

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Contextualização da sessão de formação.</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em <i>PowerPoint</i> e videoprojector	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prática Baseada na Evidência;</li> <li>- O que é uma <i>Scoping Review</i>?</li> <li>- Protocolo de uma <i>Scoping Review</i>;</li> <li>- <i>Scoping Review</i> que me encontro a desenvolver.</li> </ul>			20 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações Finais e Perspetivas Futuras;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>			5 minutos

**Avaliação:** Realizada no final, com recurso à utilização de escala de *Likert*

# **APÊNDICE VIII**

***Checklist* com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na  
transmissão e gestão de más notícias**

## **Checklist com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias**

→ **Antes de estabelecer uma interação com a pessoa e/ou família**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Está familiarizado(a) com informação relevante sobre a pessoa doente e sobre o plano de cuidados (avaliação inicial, antecedentes pessoais e familiares, registos de enfermagem e clínicos, reuniões multidisciplinares, entre outros);			
- Caso seja interpelado pela pessoa doente e/ou familiar de modo não planeado, solicita um momento para reunir a informação necessária de modo a responder às solicitações de forma mais adequada;			
- Para além do enfermeiro, encontra-se presente apenas um interlocutor (doente ou familiar);			
- Apresenta-se à pessoa doente e/ou família;			
- Promove um ambiente calmo (minimizar ruídos, evitar presença de pessoas estranhas, luz e temperaturas adequadas);			
- Possibilita que as pessoas significativas estejam presentes, caso seja o desejo da pessoa com doença oncológica;			
- Salvaguarda a privacidade da pessoa com doença oncológica e família;			
- Transmite uma postura de disponibilidade:  → Existem cadeiras para se sentarem, se possível; → Mantém-se contacto ocular, sem fixar a pessoa			

<p>nos olhos de forma longa;</p> <p>→ Solicita-se a terceiros para que não haja interrupções;</p> <p>→ Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;</p>			
<p>- Caso não tenha havido possibilidade de planeamento:</p> <p>→ Tenta-se estar no mesmo plano da pessoa, eliminando posturas que transmitam planos hierárquicos;</p> <p>→ Fecha-se as cortinas caso se esteja na enfermaria;</p> <p>→ Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;</p> <p>→ Caso ocorram interrupções, pede-se desculpa, validando-se que se retomará o momento, assim que possível;</p>			

→ **O decorrer de uma interação com a pessoa e/ou família**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Avalia/identifica qual a perceção/informação que a pessoa doente e/ou família têm da situação de doença oncológica;			
- No caso de estar a interagir com dois interlocutores (doente e familiar): <p>→ Avalia se apresentam necessidades de informação diferentes;</p>			
- Preocupa-se em usar um vocabulário e adotar uma proximidade adequadas à cultura e experiências das pessoas em questão;			
- Adequa-se o tom de voz;			

<p>- Tem em consideração a sua comunicação não-verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Músculos faciais relaxados, evitando-se franzir as sobrancelhas;</li> <li>→ Evitam-se maneirismos com as mãos;</li> <li>→ Movimentam-se os membros superiores e inferiores de modo suave, evitando cruzá-los;</li> <li>→ Evita-se estar a bater com os pés no chão.</li> </ul>			
<p>- Utiliza palavras e frases adequadas à compreensão da pessoa/família, de modo a que não se verifiquem mal-entendidos ou interpretações múltiplas;</p>			
<p>- Clarifica a linguagem verbal e não-verbal (“Parece-me que o que está a dizer é...”);</p>			
<p>- Identifica aquilo que a pessoa doente/família querem saber;</p>			
<p>- Prepara a pessoa doente/família para a receção e/ou gestão de uma má notícia (“dar tiros de aviso”);</p>			
<p>- Dá tempo à pessoa doente/família para se prepararem;</p>			
<p>- Transmite a informação de forma clara;</p>			
<p>- Avalia o modo como a pessoa/família estão a perceber a notícia;</p>			
<p>- Realiza uma escuta ativa (permitir pausas e silêncios, repetir informação importante, manter uma postura corporal que transmita recetividade);</p>			
<p>- Utiliza expressões que permitam que a pessoa doente e/ou família identifiquem que está atento ao que falam (“Continue...”, “Estou a ouvi-lo” por exemplo);</p>			
<p>- Evita a realização de perguntas que estimulem respostas de “sim” e/ou “não”;</p>			



- Dá espaço para que a pessoa doente/família expressem emoções;			
- Está atento às emoções do doente/família;			
- Responde de forma empática às emoções da pessoa doente/família, validando que é natural ter reações emocionais (“É natural que esta informação o deixe perturbado”, por exemplo);			
- Avalia a congruência entre as comunicações verbal e não-verbal apresentadas pela pessoa;			

→ **Conclusão de uma interação**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Valida que a pessoa doente e/ou familiar compreenderam a informação transmitida;			
- Realiza um resumo daquilo que foi abordado;			
- Esclarece dúvidas;			
- Compromete-se a responder, assim que possível, às questões para as quais nesse momento não tem resposta;			
- Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa doente e família;			
- Regista este momento de interação em notas de enfermagem e passado oralmente em passagem de turno.			

Observações:

---



---

**Legenda:**

**N/A:** Não aplicável

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abbaszadeh, A. et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7 (17), p. 1 – 7.
- Baer, L. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Oncology Nursing Society*, 17 (3), 45 – 51.
- Baile, W. & Parker, P. (2011). Breaking Bad News. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.). *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 – 112). Oxford: Oxford University Press.
- Becze, E. (2010). Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *ONS Connect*, p. 14 – 15.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12 (10), p. 495 – 497.
- Eid, Ahmed et. al (2009). "Breaking Bad News: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. *Journal of Cancer Education*, 24 (2), p. 154 – 159.
- Hallenbeck, J. & Periyakoil, V. (2011). Intercultural communication in palliative care. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 389 – 398). Oxford: Oxford University Press.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients with Cancer. *Clinical Journal of Nursing Oncology*, 14 (4), p. 514 – 516.

- Li, J. et al. (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 2463 – 2470.
- Lopes, C. & Graveto, J. (2010). Comunicação de notícias: receios de quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2), p. 257 – 263.
- Magalhães, L. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*, 23 (31), p. 51 – 57.
- Palmer, C. & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9 (9), p. 24 – 27.
- Pires, R. (2013). *Transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 461 – 486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão de Más Notícias na perspetiva do Enfermeiro* (dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Riley, J. (2012). *Communication in Nursing*. 7ª Ed. Estados Unidos da América: Elsevier Mosby.

Stefanelli, M. (2005b). Estratégias de Comunicação Terapêutica. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 73 – 104). Brasil: Editora Manole Ltda.

Valizadeh, L., Taleghani, F., Howard, A. & Jeddian, A. (2014). Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experiences. *Nursing Ethics*, 21 (5), p.518 – 529.

Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), p. 51 – 58.

Warnock, C., Tod., A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p. 1543 – 1555.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrel B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), p. 152 – 158.

# **APÊNDICE IX**

**Registo da observação de episódios de interação, com recurso à  
*Checklist* com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na  
transmissão e gestão de más notícias**

Ao longo dos estágios pude observar a prática e partilhar experiências sobre a temática em estudo com as equipas de enfermagem dos três contextos. Também observei as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias em 9 interações (3 ocorreram no STM, 4 no Serviço de Cuidados Paliativos e 2 na Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos). Para tal, foi importante a aplicação da *checklist* construída e cuja elaboração é contextualizada no presente relatório. É essencial clarificar que o intuito não é retirar conclusões nem classificar práticas, mas sim utilizar este instrumento de aprendizagem para promover a reflexão e o desenvolvimento de competências relativamente a esta temática sobre a qual me propus estudar, ajudando a sistematizar e estruturar o meu próprio pensamento.

Neste apêndice apresento os dados registados com recurso à *checklist*, após a observação dos referidos momentos de interação. Conforme cada contexto de estágio, para cada item da *checklist* foi listado o número de episódios de interação que observei conforme se situassem na coluna correspondente como “Sim”, “Não” ou “N/A”.

## 1. Serviço de Transplantes Medulares

→ **Antes de estabelecer uma interação com a pessoa e/ou família**

	Sim	Não	N/A
- Está familiarizado(a) com informação relevante sobre a pessoa doente e sobre o plano de cuidados (avaliação inicial, antecedentes pessoais e familiares, registos de enfermagem e clínicos, reuniões multidisciplinares, entre outros);	3		
- Caso seja interpelado pela pessoa doente e/ou familiar de modo não planeado, solicita um momento para reunir a informação necessária de modo a responder às solicitações de forma mais adequada;			3
- Para além do enfermeiro, encontra-se presente apenas um interlocutor (doente ou familiar);		3	
- Apresenta-se à pessoa doente e/ou família;			3

- Promove um ambiente calmo (minimizar ruídos, evitar presença de pessoas estranhas, luz e temperaturas adequadas);	3		
- Possibilita que as pessoas significativas estejam presentes, caso seja o desejo da pessoa com doença oncológica;	3		
- Salvaguarda a privacidade da pessoa com doença oncológica e família;	3		
- Transmite uma postura de disponibilidade: → Existem cadeiras para se sentarem, se possível; → Mantém-se contacto ocular, sem fixar a pessoa nos olhos de forma longa; → Solicita-se a terceiros para que não haja interrupções; → Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;	3     3	3	3
- Caso não tenha havido possibilidade de planeamento: → Tenta-se estar no mesmo plano da pessoa, eliminando posturas que transmitam planos hierárquicos; → Fecha-se as cortinas caso se esteja na enfermaria; → Não se olha para o relógio e/ou telemóvel; → Caso ocorram interrupções, pede-se desculpa, validando-se que se retomará o momento, assim que possível;	3    3	3	3

→ **O decorrer de uma interação com a pessoa e/ou família**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Avalia/identifica qual a perceção/informação que a pessoa doente e/ou família têm da situação de doença oncológica;	3		

- No caso de estar a interagir com dois interlocutores (doente e familiar): → Avalia se apresentam necessidades de informação diferentes;			3
- Preocupa-se em usar um vocabulário e adotar uma proximidade adequadas à cultura e experiências das pessoas em questão;	3		
- Adequa-se o tom de voz;	3		
- Tem em consideração a sua comunicação não-verbal: → Músculos faciais relaxados, evitando-se franzir as sobrancelhas; → Evitam-se maneirismos com as mãos; → Movimentam-se os membros superiores e inferiores de modo suave, evitando cruzá-los; → Evita-se estar a bater com os pés no chão.	3 3 3		3
- Utiliza palavras e frases adequadas à compreensão da pessoa/família, de modo a que não se verifiquem mal-entendidos ou interpretações múltiplas;	3		
- Clarifica a linguagem verbal e não-verbal (“Parece-me que o que está a dizer é...”);	1	2	
- Identifica aquilo que a pessoa doente/família querem saber;	3		
- Prepara a pessoa doente/família para a receção e/ou gestão de uma má notícia (“dar tiros de aviso”);	3		
- Dá tempo à pessoa doente/família para se prepararem;	3		
- Transmite a informação de forma clara;	3		
- Avalia o modo como a pessoa/família estão a perceber a notícia;	3		
- Realiza uma escuta ativa (permitir pausas e silêncios, repetir informação importante, manter uma postura corporal que transmita recetividade);	1	2	
- Utiliza expressões que permitam que a pessoa doente e/ou família identifiquem que está atento ao que falam (“Continue...”, “Estou a ouvi-lo” por exemplo);	3		



- Evita a realização de perguntas que estimulem respostas de “sim” e/ou “não”;	3		
- Dá espaço para que a pessoa doente/família expressem emoções;	1	2	
- Está atento às emoções do doente/família;	3		
- Responde de forma empática às emoções da pessoa doente/família, validando que é natural ter reações emocionais (“É natural que esta informação o deixe perturbado”, por exemplo);	3		
- Avalia a congruência entre as comunicações verbal e não-verbal apresentadas pela pessoa;	3		

→ **Conclusão de uma interação**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Valida que a pessoa doente e/ou familiar compreenderam a informação transmitida;	3		
- Realiza um resumo daquilo que foi abordado;	3		
- Esclarece dúvidas;	3		
- Compromete-se a responder, assim que possível, às questões para as quais nesse momento não tem resposta;	3		
- Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa doente e família;	3		
- Regista este momento de interação em notas de enfermagem e passado oralmente em passagem de turno.	3		

**Legenda: N/A-** Não aplicável

## 2. Serviço de Cuidados Paliativos

→ **Antes de estabelecer uma interação com a pessoa e/ou família**

	Sim	Não	N/A
- Está familiarizado(a) com informação relevante sobre a pessoa doente e sobre o plano de cuidados (avaliação inicial, antecedentes pessoais e familiares, registos de enfermagem e clínicos, reuniões multidisciplinares, entre outros);	4		
- Caso seja interpelado pela pessoa doente e/ou familiar de modo não planeado, solicita um momento para reunir a informação necessária de modo a responder às solicitações de forma mais adequada;			4
- Para além do enfermeiro, encontra-se presente apenas um interlocutor (doente ou familiar);		4	
- Apresenta-se à pessoa doente e/ou família;			4
- Promove um ambiente calmo (minimizar ruídos, evitar presença de pessoas estranhas, luz e temperaturas adequadas);	4		
- Possibilita que as pessoas significativas estejam presentes, caso seja o desejo da pessoa com doença oncológica;	4		
- Salvaguarda a privacidade da pessoa com doença oncológica e família;	4		
- Transmite uma postura de disponibilidade: → Existem cadeiras para se sentarem, se possível; → Mantém-se contacto ocular, sem fixar a pessoa nos olhos de forma longa; → Solicita-se a terceiros para que não haja interrupções; → Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;	4 4 4 4		4

- Caso não tenha havido possibilidade de planeamento: → Tenta-se estar no mesmo plano da pessoa, eliminando posturas que transmitam planos hierárquicos; → Fecha-se as cortinas caso se esteja na enfermaria; → Não se olha para o relógio e/ou telemóvel; → Caso ocorram interrupções, pede-se desculpa, validando-se que se retomará o momento, assim que possível;	4		4
	4		4

→ **O decorrer de uma interação com a pessoa e/ou família**

	Sim	Não	N/A
- Avalia/identifica qual a perceção/informação que a pessoa doente e/ou família têm da situação de doença oncológica;	4		
- No caso de estar a interagir com dois interlocutores (doente e familiar): → Avalia se apresentam necessidades de informação diferentes;			4
- Preocupa-se em usar um vocabulário e adotar uma proximidade adequadas à cultura e experiências das pessoas em questão;	4		
- Adequa-se o tom de voz;	4		
- Tem em consideração a sua comunicação não-verbal: → Músculos faciais relaxados, evitando-se franzir as sobrancelhas; → Evitam-se maneirismos com as mãos; → Movimentam-se os membros superiores e inferiores de modo suave, evitando cruzá-los; → Evita-se estar a bater com os pés no chão.	4 4 4 4		

- Utiliza palavras e frases adequadas à compreensão da pessoa/família, de modo a que não se verifiquem mal-entendidos ou interpretações múltiplas;	4		
- Clarifica a linguagem verbal e não-verbal (“Parece-me que o que está a dizer é...”);	4		
- Identifica aquilo que a pessoa doente/família querem saber;	4		
- Prepara a pessoa doente/família para a receção e/ou gestão de uma má notícia (“dar tiros de aviso”);	4		
- Dá tempo à pessoa doente/família para se prepararem;	4		
- Transmite a informação de forma clara;	4		
- Avalia o modo como a pessoa/família estão a perceber a notícia;	4		
- Realiza uma escuta ativa (permitir pausas e silêncios, repetir informação importante, manter uma postura corporal que transmita recetividade);	4		
- Utiliza expressões que permitam que a pessoa doente e/ou família identifiquem que está atento ao que falam (“Continue...”, “Estou a ouvi-lo” por exemplo);	4		
- Evita a realização de perguntas que estimulem respostas de “sim” e/ou “não”;	4		
- Dá espaço para que a pessoa doente/família expressem emoções;	4		
- Está atento às emoções do doente/família;	4		
- Responde de forma empática às emoções da pessoa doente/família, validando que é natural ter reações emocionais (“É natural que esta informação o deixe perturbado”, por exemplo);	4		
- Avalia a congruência entre as comunicações verbal e não-verbal apresentadas pela pessoa;	4		

→ **Conclusão de uma interação**

	Sim	Não	N/A
- Valida que a pessoa doente e/ou familiar compreenderam a	4		

informação transmitida;			
- Realiza um resumo daquilo que foi abordado;	4		
- Esclarece dúvidas;	4		
- Compromete-se a responder, assim que possível, às questões para as quais nesse momento não tem resposta;	4		
- Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa doente e família;	4		
- Regista este momento de interação em notas de enfermagem e passado oralmente em passagem de turno.	4		

**Legenda: N/A-** Não aplicável

### 3. Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos

→ **Antes de estabelecer uma interação com a pessoa e/ou família**

	Sim	Não	N/A
- Está familiarizado(a) com informação relevante sobre a pessoa doente e sobre o plano de cuidados (avaliação inicial, antecedentes pessoais e familiares, registos de enfermagem e clínicos, reuniões multidisciplinares, entre outros);	2		
- Caso seja interpelado pela pessoa doente e/ou familiar de modo não planeado, solicita um momento para reunir a informação necessária de modo a responder às solicitações de forma mais adequada;	2		
- Para além do enfermeiro, encontra-se presente apenas um interlocutor (doente ou familiar);		2	
- Apresenta-se à pessoa doente e/ou família;	2		
- Promove um ambiente calmo (minimizar ruídos, evitar presença de pessoas estranhas, luz e temperaturas adequadas);		2	
- Possibilita que as pessoas significativas estejam			

presentes, caso seja o desejo da pessoa com doença oncológica;	2		
- Salvaguarda a privacidade da pessoa com doença oncológica e família;	2		
- Transmite uma postura de disponibilidade: → Existem cadeiras para se sentarem, se possível; → Mantém-se contacto ocular, sem fixar a pessoa nos olhos de forma longa; → Solicita-se a terceiros para que não haja interrupções; → Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;	2 2	2	2
- Caso não tenha havido possibilidade de planeamento: → Tenta-se estar no mesmo plano da pessoa, eliminando posturas que transmitam planos hierárquicos; → Fecha-se as cortinas caso se esteja na enfermaria; → Não se olha para o relógio e/ou telemóvel; → Caso ocorram interrupções, pede-se desculpa, validando-se que se retomará o momento, assim que possível;	2 2 2	2	

→ **O decorrer de uma interação com a pessoa e/ou família**

	Sim	Não	N/A
- Avalia/identifica qual a perceção/informação que a pessoa doente e/ou família têm da situação de doença oncológica;	2		
- No caso de estar a interagir com dois interlocutores (doente e familiar): → Avalia se apresentam necessidades de informação diferentes;			2

- Preocupa-se em usar um vocabulário e adotar uma proximidade adequadas à cultura e experiências das pessoas em questão;	2		
- Adequa-se o tom de voz;	2		
- Tem em consideração a sua comunicação não-verbal: → Músculos faciais relaxados, evitando-se franzir as sobrancelhas;	2		
→ Evitam-se maneirismos com as mãos;	2		
→ Movimentam-se os membros superiores e inferiores de modo suave, evitando cruzá-los;	2		
→ Evita-se estar a bater com os pés no chão.	2		
- Utiliza palavras e frases adequadas à compreensão da pessoa/família, de modo a que não se verifiquem mal-entendidos ou interpretações múltiplas;	2		
- Clarifica a linguagem verbal e não-verbal (“Parece-me que o que está a dizer é...”);	2		
- Identifica aquilo que a pessoa doente/família querem saber;	2		
- Prepara a pessoa doente/família para a receção e/ou gestão de uma má notícia (“dar tiros de aviso”);	2		
- Dá tempo à pessoa doente/família para se prepararem;	2		
- Transmite a informação de forma clara;	2		
- Avalia o modo como a pessoa/família estão a perceber a notícia;	2		
- Realiza uma escuta ativa (permitir pausas e silêncios, repetir informação importante, manter uma postura corporal que transmita recetividade);	2		
- Utiliza expressões que permitam que a pessoa doente e/ou família identifiquem que está atento ao que falam (“Continue...”, “Estou a ouvi-lo” por exemplo);	2		
- Evita a realização de perguntas que estimulem respostas de “sim” e/ou “não”;	2		
- Dá espaço para que a pessoa doente/família expressem emoções;	2		
- Está atento às emoções do doente/família;	2		

- Responde de forma empática às emoções da pessoa doente/família, validando que é natural ter reações emocionais (“É natural que esta informação o deixe perturbado”, por exemplo);	2		
- Avalia a congruência entre as comunicações verbal e não-verbal apresentadas pela pessoa;	2		

→ **Conclusão de uma interação**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Valida que a pessoa doente e/ou familiar compreenderam a informação transmitida;	2		
- Realiza um resumo daquilo que foi abordado;	2		
- Esclarece dúvidas;	2		
- Compromete-se a responder, assim que possível, às questões para as quais nesse momento não tem resposta;	2		
- Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa doente e família;	2		
- Regista este momento de interação em notas de enfermagem e passado oralmente em passagem de turno.	2		

**Legenda: N/A-** Não aplicável



# **APÊNDICE X**

**1ª Reflexão Crítica de Aprendizagem**

## Reflexão Crítica de Aprendizagem

### 1. Descrição – O que aconteceu?

A situação que irei descrever ocorreu no segundo dia de estágio no Serviço de Transplante Medular (STM).

O Sr. G., de 43 anos, teve o diagnóstico inicial de leucemia mielóide aguda, tendo realizado transplante de medula óssea no serviço em questão. Um mês depois apresentou falência do enxerto. No momento atual, o Sr. G. apresenta-se internado no serviço com soluções de continuidade por toda a superfície corporal, tendo sido diagnosticado um síndrome de *engraftment*<sup>17</sup> após realização de biópsia cutânea. O Sr. G. está prostrado, com abertura espontânea do olhar, não comunicativo verbalmente. Apresenta perda de epiderme em 95% da superfície corporal, com exsudado hematopurulento em grande quantidade, dor à mobilização (escala de faces 5 na óptica do observador), défices ao nível da termorregulação. A quantidade de exsudado faz com que o Sr. G. tenha de ser mobilizado frequentemente, apresentando gritos e gemidos sugestivos de dor intensa que se ouvem por todo o serviço, tendo em curso perfusões contínuas de morfina e de midazolam. Segundo a indicação médica, o Sr. G. tem indicações para “medidas de conforto”.

Selecionei esta situação para realizar a presente reflexão crítica por diversas situações: pela necessidade de transmissão e gestão de más notícias à esposa do Sr. G., mas também pelo desconforto demonstrado pela equipa face a esta situação. Para além de não ser usual haver um doente com estas características no serviço, é raro a equipa defrontar-se com situações paliativas e, mesmo, com o óbito de um doente. Deste modo, o agravamento e morte iminente do Sr. G. constitui uma “má notícia” para a equipa, sendo necessária a sua gestão.

Relativamente à Sra. B., esposa do doente, gostaria de refletir sobre um momento de interação ocorrido com a enfermeira orientadora (Enf. R.) e comigo. À entrada do serviço, Sra. B. abordou a Enf. R. sobre o estado do Sr. G.

---

<sup>17</sup> O “*engraftment syndrome*” encontra-se associado a um conjunto de sintomas que podem surgir após a realização de um transplante medular, tais como febre, edema pulmonar, *rush* cutâneo, diarreia, entre outros (Spitzer, 2001).

A Sra. B. tinha falado dois dias antes com o médico assistente, tendo-se iniciado a presente interação por tentar perceber o que a Sra. B. sabia sobre a situação do marido. A Sra. B. refere que o médico lhe disse que o marido só sobreviveria por um milagre, mas que ela acreditava que isso acontecesse, dado este já ter ultrapassado bastantes dificuldades. Quando perguntado à Sra. B. como ela se sentia, a Sra. B. chorou referindo que agora tem de cuidar dos filhos e do marido. A Sra. B. reconheceu que tinha havido um agravamento, que tinha noção da situação, mas que ainda acreditava que o marido melhorasse. Foi confirmado que realmente tinha havido um agravamento do estado geral do Sr. G. e que, infelizmente, as perspectivas apontavam para que esse agravamento se continuasse a acentuar.

A Sra. B. questionou se o marido ainda iria voltar a falar com ela. Perante esta questão e este seu desejo, foi incentivado que a Sra. B. falasse à vontade com o Sr. G. dizendo tudo aquilo que lhe desejasse dizer, mesmo que este não respondesse. Neste momento, a Sra. B. olhou de modo sério para mim e para a Enfermeira R. Referiu querer ir ver o marido, mostrando-se evasiva e terminando o momento de interação. Foi reforçada a disponibilidade da equipa para prestar apoio emocional à Sra. B e família. Seguidamente, o médico assistente foi informado desta interação, no sentido de se falar com a Sra. B, esclarecendo-a, tendo o médico reagido com pouca recetividade.

Relativamente à equipa, as enfermeiras referiram desconforto face à situação vivida pelo Sr. G. Verbalizaram expressões como: “vou daqui a pensar nisto” (sic), “os médicos têm medo de lá entrar” (sic), “não sei o que hei-de fazer” (sic), “mas aumentar a perfusão de morfina causa depressão do centro respiratório” (sic). Fui tentando intervir, de modo a compreender o desconforto da equipa e tentando esclarecer relativamente à filosofia dos cuidados paliativos. Contudo, tive algum receio do modo como a minha intervenção iria ser recebida, dado ser o meu segundo turno no serviço. No momento, a Enfermeira Chefe encontrava-se presente, referindo que as ações paliativas não devem ser encaradas como um insucesso, tentando compreender os receios da equipa e dar resposta aos mesmos. Face a este desconforto, a Enfermeira Chefe colaborou com as enfermeiras e comigo na prestação de cuidados ao Sr. G.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

As vivências inerentes a este dia foram intensas e regresssei a casa a pensar.

A prestação de cuidados ao Sr. G. foi, em si, uma experiência marcante. O facto de não ter praticamente nenhuma porção de pele integra, associado aos gritos de dor aparente aquando do toque foi algo que me impressionou. Senti que, apesar de todos os esforços da equipa, as tão referidas “medidas de conforto” não estavam a ser alcançadas, quer por défice de recursos de materiais adequados, descontrolo de sintomas ou desconforto dos profissionais.

Aquando da interação com a Sra. B., senti que tanto a sua comunicação verbal como a não-verbal indicavam que ela não estava consciente da real situação vivida pelo seu marido, apesar de verbalizar que estava. Considero que houve alguns momentos menos positivos no momento em que eu e a Enf. R. falámos com a Sra. G. Contudo, considero que esse momento foi essencial para tentar compreender o que a Sra. B. sabia/pensava sobre a situação do seu marido, bem como para dar alguns “tiros de aviso” para que se pudesse ajudar a Sra. B. a preparar-se para a possibilidade da morte do Sr. G. poder estar próxima.

Esta situação possibilitou refletir e mobilizar conteúdos leccionados em aulas no âmbito do Mestrado, no que diz respeito ao facto dos profissionais de saúde (neste caso, os enfermeiros) terem de gerir as suas próprias emoções face à terminalidade e proximidade da morte. Apesar de todos os esforços no sentido de proporcionar os cuidados mais adequados ao Sr. G., percecionei que aquelas enfermeiras sentiam uma enorme frustração e impotência e que encaravam a postura da equipa médica como sendo de fuga.

## **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

Creio que o momento em que eu e a Enf. R. conversámos com a Sra. B. foi extremamente importante no que diz respeito ao processo de transmissão e gestão de más notícias, tendo sido utilizado o protocolo de Buckman (S-P-I-K-E-S) (Buckman, 2005).

O primeiro passo deste protocolo alerta para a importância da preparação e de se seleccionar um lugar calmo, com pouco ruído, em que se evitem interrupções e

que se possa estar sentado (Buckman, 2005). Tal foi algo que não aconteceu no episódio sobre o qual estou a refletir, dado que conversámos com a Sra. B. num dos corredores do serviço, enquanto passavam outras pessoas. Contudo, foi nesse local que a Sra. B. nos abordou. O facto de, muitas vezes, estes momentos surgirem de modo imprevisível no âmbito da prestação de cuidados faz com que nem sempre seja possível haver planeamento dos mesmos (Warnock et. al, 2010).

Creio que o facto de se ter começado por tentar compreender o que a Sra. G. sabia/pensava/sentia foi algo positivo. Segundo Buckman (2005) é preciso ter noção acerca do que é que a pessoa doente e família sabem, até que ponto é que receberam e compreenderam informações que lhes tenham sido fornecidas. Tal possibilitou que compreendêssemos que, apesar de reconhecer que o Sr. G. se encontrava mais debilitado, focou a sua atenção na possibilidade de um “milagre”, dado ele já ter ultrapassado muitas outras dificuldades previamente. Tal faz refletir sobre a importância de utilizar um discurso claro, concreto, adaptado às pessoas em questão, minimizando-se os riscos de mal entendidos ou interpretações incorretas (Stefanelli & Arantes, 2005). Ao lhe ter sido transmitido que o Sr. G. apenas “sobreviveria por milagre” fez com que a Sra. B. se focasse nessa perspetiva, incentivando-se uma esperança irrealista.

Outro aspeto positivo que gostaria de realçar, foi o facto de se ter começado por se ter “dado tiros de aviso” em oposição a se confrontar directamente a Sra. B. acerca do real agravamento do Sr. G.. Previamente a transmitir uma má notícia, é relevante que se lancem pistas sobre a má notícia que se pretende comunicar (Buckman, 2005). No dia seguinte, houve um novo momento de interação com a Sra. B. em que, face ao agravamento progressivo do Sr. G., se abordou a eventual proximidade da morte. Contudo, eu não me encontrava presente.

A relação terapêutica enfermeiro – doente é influenciada por ambos os intervenientes, devendo-se valorizar tanto a comunicação verbal como a não-verbal (Watson, 2002). Assim, para além de ser fundamental que o enfermeiro transmita uma postura de disponibilidade, é igualmente importante estar-se atento à comunicação não-verbal da pessoa com quem se está a interagir. Deste modo, foi notório a comunicação não-verbal da Sra. B. após receber os “tiros de aviso”: endireitou as costas, focou-me a mim e à Enf. R. com atenção, como se tivesse em

busca de alguma confirmação. Posto isto, referiu que queria ver o marido e estar junto dele.

Gostaria também de realçar que Buckman (2005) faz menção à relevância de se validar se a pessoa compreendeu o que foi transmitido, qual o seu *feedback*, esclarecer eventuais dúvidas. Tal foi algo que não se verificou no episódio em questão, dado a Sra. B. ter manifestado desejo de ir ter com o seu marido e, assim, se ter terminado o momento de interação. Contudo, foi reforçada disponibilidade da equipa. Para além disso, as *guidelines* que existem relacionadas com esta temática, focam-se essencialmente na transmissão de más notícias em si, sendo de realçar que os enfermeiros têm de gerir frequentemente a informação concedida por outro profissional (o médico, por exemplo) (Warnock et. al, 2010).

Considero igualmente que foi importante o facto da Enfermeira Chefe ter dado espaço às enfermeiras que estavam no serviço para falarem sobre o que estavam a sentir face aos cuidados prestados ao Sr. G. As características dos enfermeiros, as suas experiências pessoais e profissionais influenciam os cuidados e o processo de transmissão e gestão de más notícias (Edwards, 2010). Jean Watson (2002) sublinha a importância do autoconhecimento do enfermeiro, dado que, enquanto interveniente ativo da relação terapêutica, irá influenciar os resultados dos cuidados de saúde. Deste modo, creio que é extremamente importante que se crie espaço para que a equipa exteriorize o que sente e o que pensa, aprendendo a gerir as suas emoções. A discussão de casos relativamente a pessoas a quem se prestou cuidados é uma das estratégias possíveis para desenvolver competências em comunicação, e neste caso mais especificamente, no que diz respeito ao processo de transmissão e gestão de más notícias (Querido, Salazar e Neto, 2010).

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

As vivências inerentes a este turno foram extremamente ricas e possibilitaram-me refletir sobre a temática que me propus a estudar. O facto de me sentar a escrever sobre os episódios que ocorreram, articulando-os com bibliografia, contribui para que a aprendizagem ganhe uma dimensão superior. Independentemente do serviço de prestação de cuidados, creio que todos os enfermeiros se confrontarão

com situações em que têm de transmitir ou gerir más notícias, no âmbito da prestação de cuidados. A falta de competências comunicacionais poderá ter implicações negativas tanto para a pessoa doente e família, como também para o próprio enfermeiro. Neste sentido, uma prática reflexiva permite analisar as situações, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados (McGuigan, 2009).

A complexidade inerente à prestação de cuidados do Sr. G. contribuiu para que me fizesse sentido explorar este episódio. Tive oportunidade de observar que, mesmo as pessoas com mais anos de serviço no STM, não se recordavam de uma situação como a do Sr. G. Deste modo, para além da gestão de recursos que foram necessários mobilizar para prestar cuidados ao Sr. G, foi muito relevante observar o impacto que esta situação provocou na própria equipa de enfermagem. O meu papel enquanto estudante da especialidade permitiu-me viver este episódio de uma perspetiva interessante, porque apesar de estar integrada no episódio, pude igualmente observá-lo com uma visão externa. Esta interação fez-me pensar sobre a importância de termos noção dos nossos próprios medos e fragilidades, de modo a que possamos desenvolver estratégias para os gerirmos, uma vez que irão influenciar os cuidados que são prestados (havendo o risco de fuga às situações).

Para além de se constatar a relevância do papel do enfermeiro no processo de transmissão e gestão de más notícias junto dos familiares, creio que este episódio também permite refletir sobre o impacto que as vivências têm na equipa de enfermagem e a importância de se gerir essas emoções.

Considero que esta interação foi extremamente importante para poder desenvolver estratégias comunicacionais no âmbito da temática em estudo, ao ter tido a oportunidade de estar em conjunto com a enfermeira orientadora, poder observá-la e aprender com a sua experiência.

## **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Realizando agora uma retrospectiva do episódio, creio que se poderia ter voltado a falar com a Sra. G. após ela estar com o seu marido, momento quando se confrontou visual e emocionalmente com o seu agravamento. De acordo com o protocolo SPIKES, isso iria possibilitar responder empaticamente às emoções que

poderia apresentar, bem como manter o acompanhamento (Buckman, 2005). Poder-se-ia ter optado por entrar no quarto de isolamento ou por esperar pela sua saída (dado que disse que não iria poder ficar muito tempo porque precisava de ir buscar os seus filhos), conforme o que fosse mais adequado para não se ser demasiado invasivo ou intrusivo. Esse momento seria propício não só para reiterar a presença e apoio da equipa para o Sr. G. e família, mas igualmente para dar espaço para que a Sra. G. pudesse expor medos, emoções, dúvidas.

Após termos falado com a Sra. B., o médico assistente foi informado acerca de uma eventual esperança ou expectativa irrealista da sua parte, reforçando-se a relevância da sua intervenção no sentido de um maior esclarecimento. Dado se ter seguido a passagem de turno, não me apercebi se o médico assistente realmente falou com a esposa do doente, dado que não mostrou grande receptividade para tal. Todavia, face à complexidade da situação e a necessidade de apoio à família, acredito que a realização de uma conferência familiar poderia ter sido um recurso: contribuiria não só para compreender o que a Sra. G. percecionava acerca do estado geral do seu marido, mas igualmente para promover uma esperança realista, uniformizar a informação transmitida, diminuir o risco de interpretações incorrectas ou triangulações, dar espaço para a expressão de emoções, entre outros (Twycross, 2003). Uma comunicação eficaz possibilita apoiar não só a pessoa doente, mas também as suas pessoas significativas, que vivem um momento de crise em que é necessária uma reorganização das dinâmicas (Travado e Reis, 2015).

Apesar de ter observado que os enfermeiros se mostravam inquietos e tentavam explorar possibilidades de estratégias paliativas que contribuíssem para o controlo sintomático do Sr. G., os médicos mostraram-se um pouco evasivos em falar sobre a perspetiva geral do doente, centrando-se nas opções terapêuticas. A comunicação eficaz é também essencial no seio da equipa, devendo inclusivamente haver espaço e flexibilidade para catalisar eventuais dificuldades que possam surgir (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010).

## **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Se houvesse oportunidade de planear esta situação ter-se-ia tentado, como o próprio nome indica, planear o momento de interação e entrevista com a Sra. G.,



seguindo os passos do protocolo de Buckman (Buckman, 2005). Contudo, creio que é importante encarar este protocolo como um guia orientador que nos poderá ajudar na prática e não como algo rígido que tem de ser seguido. Isto acontece porque não só cada pessoa é única e encara situações de crise de modo distinto, mas também porque os enfermeiros podem não ter a oportunidade de planear estes momentos. A intervenção de enfermagem no âmbito das más notícias é, muitas vezes, gerir as emoções e reações que os doentes e famílias apresentam após receberem uma má notícia e não a transmissão da notícia em si. Este facto atribui uma conotação de imprevisibilidade à intervenção dos enfermeiros (Warnock, et al., 2010).

No momento em que esta situação ocorreu, eu encontrava-me no serviço há pouco tempo, o que pode ser limitado a minha atuação. Contudo, caso me sentisse mais à vontade, creio que teria explorado o processo do doente (registos de enfermagem e médicos) para poder conhecer melhor a situação.

Poderia igualmente ser benéfico planear uma intervenção articulada entre o enfermeiro e o médico, de maneira a ter-se noção da informação transmitida, bem como eliminar eventuais inconsistências das mensagens transmitidas pela equipa (Witterberg-Lyles, Goldsmith & Ferrel, 2013).

Apercebi-me do *stress* e desgaste que a situação estava a provocar na equipa de enfermagem. Contudo, senti-me insegura em falar com os enfermeiros sobre isso com receio de ser mal-interpretada, dado não fazer parte da equipa e ser apenas o meu segundo dia no serviço.

Acredito que o treino de competências comunicacionais que este estágio me proporcionará, irá contribuir para que me sinta menos insegura, não só face à pessoa doente e família, mas também face aos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12 (10), 495 – 497.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 749 – 760). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*, 23 (31), p. 51 – 56.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 461 – 486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Spitzer, T. (2001). Engraftment syndrome following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 27 (9), p. 893 – 898.
- Stefanelli, M., Carvalho, E. & Arantes, E. (2005). Comunicação e enfermagem. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 1 – 8). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Warnock, C., Tod., A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p. 1543 – 1555.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. (2013). Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), p. 152 – 158.

# **APÊNDICE XI**

**2ª Reflexão Crítica de Aprendizagem**

## **Reflexão Crítica de Aprendizagem**

### **1. Descrição – O que aconteceu?**

A situação que irá estar sujeita à realização desta reflexão crítica ocorreu com o Sr. C., de 43 anos, com diagnóstico de leucemia mielóide aguda e que tinha sido submetido a um transplante de medula óssea alogénico.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de acompanhar o Sr. C. desde a visita pré-internamento até à alta. Francês a viver em Portugal há mais de 20 anos, mostrou-se um homem bastante informado sobre a sua situação de doença. Referiu não ter hesitado em ser tratado em Portugal e que ficou surpreendido com a disponibilidade e cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Embora fosse um homem falador, mostrou-se sempre reservado e recetivo às recomendações e ensinamentos dos profissionais de saúde.

Apesar dos meus objetivos de estágio se centrarem na comunicação e, mais especificamente, na transmissão e gestão de más notícias, não me pareceu razoável nem coerente entrar unicamente nos quartos para falar com os doentes. Assim, inicialmente fui acompanhando os enfermeiros do serviço e aprendendo algumas das técnicas, não só conhecendo os doentes, mas também dando-me a conhecer. Deste modo, fui estando progressivamente mais à vontade para conversar com o Sr. C., tendo-me apresentado desde o início como enfermeira estudante da especialidade.

Nos dias que se sucederam à realização do transplante, mostrou-se com maior astenia, necessidade de mais tempo de sono e repouso, anorexia com episódios frequentes de náuseas e vômitos. Nessa altura, apesar de manter a sua cordialidade, respondia de forma curta, tendo-se respeitado o seu espaço, reforçando sempre a disponibilidade.

Com os dias seguintes, foi recuperando do período de aplasia medular e dos sintomas que o incomodavam. Num dos turnos, o Sr. C. abordou questões que o preocupavam e deu-me o privilégio de falar um pouco mais sobre si.

Dado que o Sr. C. já me conhecia, não foi necessário apresentar-me. Iniciei a interação tentando compreender o que o incomodava. Ao nível de sintomas, referiu sentir-se incomodado com os odores que, conseqüentemente, lhe provocavam

náuseas e vômitos (O Sr. C. interpretava estes sintomas como “más notícias”, já tendo conhecimento da possibilidade destes surgirem). Perguntou se estes sintomas ainda demorariam a passar. Tentei explicar que, apesar daquilo que se encontra previsto, cada situação é única. O Sr. C. referiu compreender e falámos sobre possíveis estratégias para minimizar o incómodo, tanto ao nível de medidas farmacológicas como não farmacológicas (alimentos com menos odor, recurso à ingestão de suplementos proteicos e frutas, solicitar que tragam alimentação do domicílio, quando a situação clínica permitir, entre outros).

Para além disso, referiu que suportar as condições do quarto de isolamento eram difíceis, principalmente depois de ter mudado para um quarto mais pequeno (houve necessidade de transferir o Sr. C. de quarto durante o internamento devido à admissão de uma criança). Tentei validar a expressão destas emoções, bem como responder empaticamente (usando expressões, como por exemplo, “não sei o que é estar no seu lugar, mas imagino que seja muito difícil”).

Com o continuar da conversa e, ao falarmos da sua esposa, o Sr. C. verbalizou que não quer ser um “peso” para ela. Perguntei ao Sr. C. o porquê de ele dizer isto, tentando compreender o seu discurso e dando-lhe espaço para a ventilação de sentimentos. Referiu que a sua esposa tem um emprego com responsabilidade, duas filhas e uma mãe com esclerose lateral amiotrófica para cuidar. Foi prestado apoio emocional, com recurso ao uso de escuta ativa. Contudo, não me pude sentar, dado que a única cadeira nos quartos de isolamento é a cadeira de banho. O facto de estar em pé deixou-me algo desconfortável.

O Sr. C. continuou a falar, abordando assuntos relacionados com as suas filhas (a mais velha a estudar em Paris e a mais nova em Londres). Referiu que tem uma relação mais próxima com a sua filha mais nova, com quem fala diariamente, do que com a sua filha mais velha, que sente mais distante e com quem fala apenas semanalmente (neste momento chorou). Intervim pouco nesta altura: Tentei utilizar algumas pausas no discurso e dar espaço para silêncios, o que não é fácil. Verbalizou que a vivência do seu processo de doença o fez refletir sobre o modo como educou as suas filhas e que se interroga se terá agido mal com a sua filha mais velha, devido à sua racionalidade e inexperiência como pai. Mais uma vez, tentei reconhecer a importância daquilo que me estava a dizer, validando a sua expressão emocional “Compreendo o que me está a dizer, mas deverá ter feito o

melhor que sabia consoante as suas possibilidades”. O Sr. C. sorriu e referiu que ao ir para casa, teria oportunidade de as ter por perto: perto no país e perto sem ter um vidro no meio, a separá-lo delas. Posto isto, realizou algumas perguntas acerca da alta, às quais tentei responder. Neste momento alarmou uma das máquinas de infusão contínua. Imediatamente depois, tocou o telemóvel do Sr. C., o que fez com que terminássemos o momento de interação. Dei privacidade ao Sr. C. para poder falar e saí do quarto.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Os objetivos definidos para este estágio fizeram com que o seu percurso fosse desafiante. A última vez que tinha estagiado foi aquando da licenciatura e, ao início, fiquei a pensar o que seria esperado de mim. Os objetivos a que me tinha proposto eram concretos para ir ao encontro do estudo da comunicação das más notícias. Contudo, não me fez sentido não colaborar na prestação de cuidados no seu todo, dado que esse acompanhamento me permitiria conhecer os doentes, as suas histórias, o modo como estavam a vivenciar o processo de transplantação medular. E, por outro lado, permitiria igualmente que eles me conhecessem a mim.

Confesso que, no dia-a-dia, o facto de ter uma técnica onde me posso “proteger”, e que me confere algum pretexto para comunicar com a pessoa, é algo facilitador: seja a realização de um penso, a avaliação de sinais vitais, repuncionar um acesso venoso, administrar terapêutica, entre outros. Ter de interagir com a pessoa, comunicar com ela despojada de qualquer técnica “física” que sirva de escudo, foi algo que me fez sentir exposta e algo vulnerável.

Creio que a perspectiva biomédica nos faz sobrevalorizar as técnicas ditas “físicas”, em detrimento da técnica comunicacional, aqui mais especificamente no âmbito das más notícias. Repuncionar um doente é objetivo, mensurável, mas “apenas” conversar com ele é encarado de modo diferente.

Esta interação com o Sr. C. foi algo sobre o qual me fez sentido refletir. Gradualmente, conforme fui conhecendo os doentes e ganhando mais confiança em mim, comecei a entrar nos quartos de isolamento com o objetivo principal de abordar algum assunto com a pessoa em questão.

Apesar do Sr. C. ser bastante comunicativo, autocaracterizava-se de disciplinado, racional e dotado de uma grande força de vontade. No entanto, nesta interação foi mais além, emocionou-se, falou de receios, dúvidas e retrospectivas. E acho que isto aconteceu não só devido a este momento em si, mas também devido à relação terapêutica que fomos desenvolvendo ao longo do período de internamento, em que a maior parte do tempo o Sr. C. se manteve com medidas de isolamento de proteção, no quarto em regime de “porta fechada”.

### **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

O facto do Sr. C. se encontrar num quarto de isolamento, fez com que esteja salvaguardada a questão da privacidade, bem como de se estar num local calmo. Tal encontra-se de acordo com o que é referido no protocolo SPIKES e que poderá facilitar a abordagem a um assunto difícil (Buckman, 2005; Kaplan, 2010).

A linguagem não-verbal é fundamental aquando da interação com um doente, sendo essencial que se transmita uma postura de disponibilidade (Edwards, 2010; Stefanelli, 2005b). Contudo, as condições físicas dos quartos de isolamento constituem uma barreira. Estive sempre em pé e não ao nível do Sr. C. como seria mais correto, dado que tinha como únicas opções sentar-me na cama ou na cadeira higiénica, não me tendo sentido confortável para o fazer. Por vezes, as máquinas de perfusão contínua de terapêutica podem igualmente ser um elemento desestabilizador, dado que o tocar de um alarme pode interromper um discurso, um raciocínio, um expor de dúvidas ou receios.

Creio que à medida que aprofundo a leitura sobre a temática das más notícias e em associação com o contacto com a prática de cuidados, o protocolo SPIKES se foi tornando mais familiar. No entanto, apesar de o ter presente, tento que seja uma ajuda e não algo que me limite a seguir aqueles passos, o que considero algo benéfico.

Inicialmente, tentei compreender o que pudesse estar a incomodar o Sr. C., tendo emergido a questão das náuseas e vómitos. O Sr. C. sabia que estes sintomas são alguns dos que habitualmente fazem parte do percurso da transplantação medular. Contudo, creio que foi importante estar à vontade para poder manifestar as suas preocupações, esclarecer dúvidas e mesmo abordar



possíveis estratégias. Avaliar o que é importante para a pessoa doente e esclarecer dúvidas que possam estar relacionadas são intervenções que fazem parte da intervenção de enfermagem (Warnock, 2014). Ao nível das náuseas e vômitos, apesar de serem sintomas frequentes face à quimioterapia de alta dose realizada, é relevante discutir possíveis estratégias que se podem utilizar, tais como diminuir os odores, fraccionar a dieta, reduzindo a quantidade de alimentos no prato, reforçar os cuidados à mucosa oral, entre outros (Querido & Bernardo, 2010).

Posteriormente, evoluiu-se para a questão do quarto de isolamento. É importante refletir sobre os cuidados ao doente submetido a um transplante medular, dado o longo período de hospitalização e o isolamento social associado às medidas de proteção (Rocha et al., 2016). No início do internamento, o Sr. C. pôde ficar num quarto maior, com a condição de poder ser transferido na eventualidade da admissão de uma criança. Nesta interação, o Sr. C. referiu que a mudança de quarto para um mais pequeno foi algo disruptivo. Esta mudança coincidiu com o pós transplante, com o momento da aplasia medular e, conseqüentemente, quando o Sr. C. se sentia mais fragilizado. Creio que é importante refletir sobre a importância de se gerir expectativas e até que ponto não seria melhor ter admitido o Sr. C. desde início no quarto mais pequeno. No entanto, penso que é importante realçar que foi benéfico o facto do Sr. C. se sentir à vontade para abordar este assunto e de que forma este o afetou. Mais uma vez é notória a subjetividade que caracteriza a noção de uma má notícia (Buckman, 2005): para o Sr. C., apesar de ter sido algo que foi avisado de que poderia acontecer, a transferência de quarto constituiu uma má notícia.

Os cuidados inerentes à pessoa submetida a um transplante medular faz com que haja uma estreita relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o doente e família. O tempo que o doente permanece com necessidade de medidas de isolamento de proteção, bem como o caráter dos cuidados prestados fazem com que os enfermeiros sejam das pessoas que mais tempo passam com o doente (Lima & Bernardino, 2014).

Terá sido a relação terapêutica que fui construindo com o Sr. C. ao longo dos dias, que poderá ter contribuído para que abordasse as reflexões sobre a sua família. Agora que me sento a pensar sobre esta questão, creio que os momentos em que respeitei o seu espaço, quando não se sentia disponível para falar, poderão

igualmente ter sido algo benéfico nesta experiência. Demonstrar interesse pela pessoa a quem se presta cuidados é igualmente saber respeitar o seu espaço (Stefanelli, 2005b).

De acordo com Afaf Meleis (2010), a pessoa com doença oncológica encontra-se a vivenciar um período de transição, no contexto do processo de saúde-doença, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para avaliar as suas necessidades psicossociais. Os enfermeiros devem intervir no sentido de ajudar na reestruturação da pessoa no seu todo, seja a nível físico, emocional, familiar, social, entre outros.

No decorrer desta interação, o Sr. C. manifestou algumas das reflexões que a vivência do processo saúde-doença despoletou. O efeito que a sua doença pode ter na vida da sua mulher, bem como a relação com as suas filhas foram aspetos que emergiram e que o fizeram emocionar-se. Validei as emoções que o Sr. C. evidenciou e, por vezes, repeti as últimas palavras da frase para o encorajar a continuar, mas tenho de admitir que não foi fácil: tive medo de não saber o que responder ou, mesmo, falar demais. Neste momento tentei também usar os silêncios, manter o contacto ocular, acenar com a cabeça de maneira a transmitir atenção e disponibilidade.

Ao relembrar este episódio, perceciono que há algo que faço de modo involuntário e que pode ser prejudicial ao nível da transmissão e gestão de más notícias. Por vezes, instintivamente, tenho tendência a terminar frases da pessoa quando ela se encontra a pensar nas palavras que vai usar. Para além de cortar o raciocínio da pessoa em questão, este aspecto poderá contribuir para induzir a sua resposta, o que se constitui como um elemento não terapêutico e barreira a uma comunicação eficaz (Phaneuf, 2002; Stefanelli, 2005b; Twycross, 2003).

Tanto Buckman (2005) como outros autores que abordam as questões da comunicação terapêutica (Phaneuf, 2002; Stefanelli, 2005b; Twycross, 2003) evidenciam a importância de se fazer um resumo daquilo que foi abordado e compreender o *feedback* da pessoa doente. No entanto, o toque do telemóvel fez com que este episódio terminasse de modo abrupto.

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

Pode-se constatar que as pessoas têm receios e preocupações, mesmo que estejam informadas da sua situação de saúde-doença, devendo ser uma preocupação do enfermeiro fazer uma avaliação global.

“A interação estabelecida no cuidar propicia uma aproximação e estabelecimento de contacto entre duas pessoas: a nossa mente-corpo-alma liga-se à mente-corpo-alma da outra pessoa num momento vivido” (Watson, 2002, p. 85). Jean Watson (2002) defende que o cuidar deve ser físico e ter em consideração todas as competências técnicas e científicas, mas que deve igualmente considerar que o cuidar transcende o mundo físico, uma vez que contactamos com o mundo emocional e subjectivo da pessoa de quem cuidamos.

Apesar do Sr. C. se caracterizar como “autodisciplinado” e “motivado para fazer tudo aquilo que facilite o trabalho dos profissionais de saúde”, é importante que haja empenho em construir pontes que possibilitem uma comunicação eficaz, adaptando os cuidados e as abordagens à pessoa de quem cuidamos. O Sr. C. atribuía ao desporto e à sua profissão o facto de ser rigoroso no atingir dos seus objetivos e de se conseguir reorganizar face aquilo com que se depara. Contudo, considero que não nos devemos limitar a considerar que o facto de a pessoa ser informada seja sinónimo de não ter medos ou preocupações (o que seria mais fácil para nós, enfermeiros, dado que não teríamos de nos confrontar com as nossas próprias fragilidades). Para além disso, não devemos esquecer que uma má notícia é assim classificada de acordo com a pessoa de quem cuidamos e não de acordo com a minha própria interpretação. É importante que se invista no desenvolver de competências que possibilitem abordar e gerir eventuais más notícias e que promovam a confiança da pessoa doente no enfermeiro. Isto irá contribuir para que a pessoa se sinta mais à vontade para explorar assuntos que lhe são sensíveis e reflexões existenciais que o vivenciar da sua doença provoca (Travado & Reis, 2015).

## **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Creio que se a máquina não tivesse alarmado e o telemóvel não tivesse tocado, o Sr. C. continuaria a explorar questões relacionadas não só sobre a sua família, mas também sobre a alta. Buckman (2005) enaltece a relevância de se evitar interrupções quando se abordam assuntos difíceis com a pessoa doente. Contudo, o facto de episódios como o descrito ocorrerem durante a prestação de cuidados e sem planeamento prévio, faz com que não seja possível evitar certos aspetos.

Ao analisar a situação, penso que poderia ter tentado explorar mais aquilo que o Sr. C. verbalizou sobre a sua família (tanto a esposa como as filhas), de modo a dar oportunidade e espaço para que pudesse partilhar emoções e pensamentos que possa não se ter sentido à vontade para partilhar previamente. O protocolo NURSE (Kaplan, 2010) pode constituir um guia orientador neste sentido, ao abordar cinco passos que podem ajudar o enfermeiro a responder empaticamente às emoções apresentadas pela pessoa doente e que podem estimular que ela se sinta à vontade para explorar determinados assuntos e/ou sentimentos. Contudo, dado o Sr. C. se mostrar habitualmente tão reservado, não estava à espera que falasse sobre assuntos relacionados com a sua família e sobre os quais a vivência do processo de doença o fizeram refletir. De certa maneira, senti-me surpreendida.

A minha necessidade de maior experiência em técnicas de transmissão e gestão de más notícias poderá ser um factor que influencia os cuidados. Tal confirma a importância de se combinar a formação com prática e experiência, de maneira a desenvolver competências nesta temática (Warnock, et al., 2010).

## **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Em coerência com o que referi no item anterior, penso que tentaria responder ao Sr. C. de modo a que o incentivasse a explorar mais determinados tópicos, caso assim o desejasse. Para tal, poderia reforçar a utilização de estratégias como repetir a parte final da frase, realizar perguntas abertas e de clarificação, verbalizações mínimas para encorajar o Sr. C. a manter o diálogo ativo, entre outros (Stefanelli, 2005b; Travado & Reis, 2015).

Dar espaço para os silêncios é algo que, por vezes, ainda sinto dificuldade. Tal poderá estar relacionado com o sentimento de vulnerabilidade sobre o qual falei no início desta reflexão e de ter receio de me sentir “desprotegida” aquando de uma interação com um doente sem ter uma técnica como pretexto. Creio que consegui já interiorizar o protocolo SPIKES (Buckman, 2005) enquanto linha orientadora, sem querer seguir de forma rígida os passos que são propostos. No caso do episódio em reflexão, iniciou-se a conversa ao tentar compreender o que preocupava o Sr. C. (abordando-se a questão das náuseas e dos vómitos), tendo-se evoluído naturalmente a partir daí, de acordo com aquilo que fazia sentido explorar na perspetiva da própria pessoa.

Outra opção seria tentar explorar o quanto a mudança de quarto de isolamento foi disruptiva para si e influenciou a sua vivência do processo de doença. Apesar de ter sido previamente explicado que esta mudança poderia ocorrer, tal poderia ajudar a compreender se, nestes casos, seria menos perturbador para a pessoa ficar desde início no quarto onde irá passar o tempo de isolamento protetor necessário. Segundo Watson (2002), mal-estar não significa apenas doença, mas tudo aquilo que inquiete a pessoa e contribua para uma desarmonia, sendo objetivo da enfermagem promover a harmonia considerando que mente, corpo e alma são inseparáveis. Penso que é importante que nós, enfermeiros, tentemos refletir que aspetos que para nós são apenas rotinas hospitalares, para as pessoas de quem cuidamos poderão ser algo com bastante impacto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12 (10), 495 – 497.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), p. 514 – 516.
- Lima, K. & Bernardino E. (2014). O cuidado de enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 23 (4), p. 845 – 853.
- Meleis, A. (2010) *TRANSITIONS THEORY- Middle Range and Situations Specific Research and Practice*. New York. SPRINGER PUBLISHING COMPANY.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A. & Bernardo, A. (2010). Náuseas e vômitos. In In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 127 – 144). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rocha, V. et al. (2016). Social impairment of patients undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), p. 454 – 460.
- Stefanelli, M. (2005b). Estratégias de comunicação terapêutica. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 73 – 104). Brasil: Editora Manole Ltda.

Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

# **APÊNDICE XII**

**Plano de Sessão de Formação**

**“Sondagem de opinião por escrito: apresentação dos resultados”**



## **Plano de Sessão de Formação**

“Sondagem de opinião por escrito: apresentação dos resultados”

**População-alvo:** Equipa de enfermagem de um serviço de Medicina de um hospital de Lisboa

**Datas:** 10 e 17 Outubro, 2016

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala de reuniões de um serviço de Medicina

**Objetivo:** Apresentar os resultados da sondagem de opinião inicial aplicada à equipa de enfermagem

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	- Contextualização da sessão de formação;	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em <i>PowerPoint</i> e videoprojector	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	- Contextualização da temática; - Apresentação dos resultados das 6 questões aplicadas à equipa de enfermagem.			20 minutos
<b>Conclusão</b>	- Esclarecimento de dúvidas; - Sugestões futuras.			5 minutos

# **APÊNDICE XIII**

**3ª Reflexão Crítica de Aprendizagem**

## Reflexão Crítica de Aprendizagem

### 1. Descrição – O que aconteceu?

O episódio abordado nesta reflexão diz respeito ao Sr. E., de 75 anos, com o diagnóstico de carcinoma hepatocelular. O Sr. E. estava no domicílio, sendo a sua esposa a cuidadora informal (Sra. G.). Dado o agravamento do seu estado geral e a exaustão da Sra. G., o serviço foi contactado de modo a averiguar a possibilidade de internamento do Sr. G.

O Sr. G. tinha sido internado durante a manhã e eu e a minha enfermeira orientadora ficámos responsáveis pela prestação de cuidados durante o turno da tarde. O Sr. G. apresentava-se em caquexia, não comunicativo verbalmente, sem via oral disponível, períodos de inquietação. Tinha 3 filhos, da qual apenas conhecemos uma filha, e a sua esposa como os familiares mais próximos.

Aquando da passagem de turno, a enfermeira que esteve a cuidar do Sr. E. no turno da manhã referiu que tanto a esposa como os filhos se apresentavam assertivos e tinham noção do prognóstico do Sr. E.

No início da tarde, e dado o estado geral do Sr. E., a Sra. G. encontrava-se no quarto e tentou-se avaliar a sua perceção acerca da situação. A Sra. G. falou sobre o agravamento progressivo do Sr. E., referindo que já não conseguia cuidar dele como ele merecia, bem como que não conseguia dormir há vários dias de modo a assegurar todos os cuidados. Conjuntamente com a enfermeira orientadora foram dados tiros de aviso sobre uma eventual proximidade da morte e validado o seu papel enquanto cuidadora informal, dando reforço positivo por tudo aquilo que fez (inclusive o facto de ter reconhecido a sua exaustão e a procura de ajuda de uma equipa de cuidados paliativos).

Após a enfermeira orientadora ter saído do quarto, fiquei a administrar terapêutica subcutânea ao Sr. E. Neste momento a Sra. G. referiu que não sabia se havia de ficar a dormir no hospital (é possível que o familiar fique a acompanhar o seu ente querido) ou se deveria ir a casa e dormir um pouco, dado que não dormia há já algum tempo. Novamente, tentei dar reforço positivo por todo o esforço da Sra. G. no cuidar do seu marido. Utilizei verbalizações mínimas de modo a encorajar a expressão emocional. A Sra. G. verbalizou que, apesar de lhe ter custado o facto do Sr. E. ter saído da sua casa, sentia que ele necessitava de cuidados de profissionais

com experiência e que ela se sentia muito desgastada. Referiu que até há poucos dias, apesar da sua debilidade, o Sr. E. necessitava de pouco auxílio nas atividades de vida diária, passando o dia a ouvir música e a ler. Verbalizou que compreendia que este agravamento significava que a doença estava mais avançada e perguntou se o Sr. E. poderia estar assim muito tempo. A dimensão dos quartos permitia que pudéssemos sair de junto do Sr. E. e falar num espaço do quarto mais reservado, onde existiam uns pequenos sofás. Tentei esclarecer quanto à individualidade de cada situação, de que não existem fórmulas concretas, mas que os sinais e sintomas do Sr. E. indiciavam que a morte poderia estar próxima. A Sra. G. chorou, mas pediu desculpa por estar a chorar: identificou-se como alguém racional e que não é muito de chorar. Validei a sua expressão emocional e tentei reforçar a minha disponibilidade (como o uso do toque e o contacto ocular) tentando que se sentisse à vontade para exteriorizar o que fosse importante para si. Posto isto, a Sra. G. chorou mais um pouco, referindo que o que lhe iria custar mais era sentir à ausência do Sr. E. nas pequenas coisas que partilhavam: como estar na casa que tinham no campo na qual o Sr. E. adorava estar e na qual tinham partilhado tantos momentos. De seguida, entrou no quarto uma amiga da Sra. G., o que fez com que este momento terminasse.

O Sr. E. faleceu durante esse turno, aparentemente sereno e sem desconforto, na presença da Sra. G. e da amiga que tinha chegado. Quando compreendeu o que estava a acontecer, a Sra. G. chamou-nos. Ao constatar-se o falecimento do Sr. E., a Sra. G. baixou a cabeça e chorou. Seguidamente, perguntou se podia dar um beijo ao seu marido: aproximou-se do Sr. E., beijou-lhe a face e a mão. Posteriormente, e após uns momentos em silêncio a olhar o seu marido, referiu que iria para casa. Perguntou pelas burocracias necessárias e saiu do quarto, enquanto olhava para o Sr. E..

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Senti que algumas das estratégias que pude desenvolver no estágio anterior relativamente à comunicação de más notícias me deram mecanismos para me sentir menos insegura e vulnerável. Tal contribuiu para que me sentisse mais tranquila em expor-me às vivências e lidar com as mesmas.

Enquanto o local de estágio anterior num serviço de transplante medular proporcionou um grande contacto com a pessoa com doença oncológica (a necessidade de medidas de isolamento protector e a restrição de visitas fazia com que se passasse muito tempo com a pessoa), o presente estágio neste serviço de Cuidados Paliativos proporcionou um grande contacto com a família.

Apesar de cada vivência ser única, pude acompanhar situações em que o cliente se encontrava prostrado e não comunicativo verbalmente, ou mesmo em fase agónica, tornando-se essencial o apoio à família.

Observar a forma como a enfermeira orientadora, bem como os outros enfermeiros, lidam com a transmissão e gestão de más notícias com mestria, foi algo que me possibilitou uma grande aprendizagem. Senti que realmente as estratégias comunicacionais são encaradas como uma técnica para a qual é necessária uma grande perícia e treino, tanto a nível oral como escrito.

Relativamente à situação aqui alvo de reflexão, senti que a Sra. G. estava exausta: que preferia que o Sr. E. tivesse permanecido em casa, mas que precisava de ajuda. Neste sentido, fiquei satisfeita por o Sr. E. e esta família terem tido esta oportunidade de apoio: de poder ter havido um internamento rápido, através de um contacto telefónico para a equipa, e que possibilitou que tivessem acesso a cuidados especializados. Ao mesmo tempo senti-me triste. Desiludida por ter noção que nem todas as pessoas têm a possibilidade de ter acesso a cuidados paliativos de modo tão célere.

Pude constatar que a equipa multidisciplinar nem sempre tem o tempo que seria adequado para planear os cuidados e acompanhar o cliente e família na sua trajetória. Por vezes é preciso atuar rapidamente: neste caso, a equipa tinha sido contactada pela família na véspera ao início da noite e colhidos os dados necessários para preparar o internamento que aconteceu cedo, na manhã seguinte. Posto isto, verifiquei o tão fundamental que é a articulação entre as equipas médica e de enfermagem de maneira a intervir no sentido do controlo sintomático, alívio de sofrimento e promoção da qualidade de vida. A harmonia entre os quatro pilares da filosofia dos cuidados paliativos é, assim, fulcral: o controlo sintomático, a comunicação, o trabalho em equipa e o apoio à família (Twycross, 2003; Neto, 2010).

### **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

A situação em questão fez-me refletir sobre a importância do apoio à família da pessoa com doença oncológica e de como saber transmitir e gerir más notícias tem um grande impacto na prestação de cuidados.

A doença oncológica tem impacto não só na vida da pessoa doente, mas igualmente nas suas pessoas significativas: existem alterações das dinâmicas familiares, tendo de haver uma reorganização e readaptação das atividades de vida e das suas tarefas (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

A Sra. G. reajustou a sua vida quotidiana para cuidar do Sr. E. na sua casa, com tudo aquilo que lhe era importante. Apesar dos filhos do Sr. E. serem de uma relação anterior, pareciam manter uma relação próxima com o pai. Contudo, apenas consegui conhecer uma das suas filhas.

O protocolo SPIKES (Buckman, 2005) serviu, mais uma vez, como um guia orientador no âmbito da comunicação de más notícias. O facto do Sr. E se encontrar internado num quarto privado possibilitou que se assegurasse um ambiente calmo e com privacidade. Seguidamente, tentou-se ter perceção do que a Sra. G. compreendia sobre o prognóstico e agravamento progressivo do Sr. E., de maneira a poder intervir de maneira adequada e de acordo com as necessidades. Foi possível compreender que a Sra. G. tinha noção do agravamento da doença do Sr. E., bem como que se encontrava exausta física e emocionalmente.

Para uma família que tinha como objetivo cuidar da pessoa doente em casa, no seu ambiente, a necessidade de internamento pode ser algo disruptivo e angustiante. Torna-se fundamental sublinhar o quanto são importantes e de como o seu papel enquanto cuidadores informais tem sido essencial, mas que também precisam de descansar (Twycross, 2003). A Sra. G. verbalizou que não dormia há vários dias, face às necessidades de cuidados complexos do Sr. E. Neste sentido, considero que foi positivo ter-se validado o seu papel e o seu esforço, bem como o facto de ser aceite a ajuda da equipa na prestação de cuidados ao Sr. E. no fim de vida.

Considero que o facto do serviço de internamento ter um horário de visitas flexíveis e com possibilidade de ser adaptado à singularidade de cada vivência é

algo bastante positivo e que contribui para que a família se possa sentir mais incluída nos cuidados.

Quando a Sra. G. manifestou a sua dúvida relativamente a ficar a dormir no hospital ou ir a casa durante umas horas, compreendi que essa dúvida não constituía uma pergunta, mas um modo da Sra. G. poder verbalizar o que sentia. Tentei dar reforço positivo pelo seu papel e esforço, recorrendo a verbalizações mínimas e à repetição de palavras que a Sra. G. tivesse utilizado no final da última frase, de modo a tentar manter o diálogo ativo e a encorajar a Sra. G. a falar (Phaneuf, 2002; Travado & Reis, 2015).

Creio que foi importante ter dado espaço para que pudesse expressar as suas emoções. A própria verbalizou que se identificava como uma pessoa racional e que não era costume chorar. Torna-se fundamental transmitir verbal e não-verbalmente que se reconhece e respeita aquilo que a pessoa está a sentir, tentar responder empaticamente às emoções identificadas (Kaplan, 2010). Tal poderá ter sido importante para que a Sra. G. se sentisse à vontade para poder chorar e manifestar o que sentia face ao agravamento do estado geral do Sr. E. e à sua perda.

Quando o Sr. E. faleceu, eu e a minha enfermeira orientadora estávamos presentes no quarto. A Sra. G. despediu-se e saiu em breves instantes. Tanto eu como a enfermeira orientadora ficámos surpresas com esta saída rápida. Considero que o facto de não ter conseguido falar um pouco mais com a Sra. G. aquando deste momento foi algo menos bom nesta situação. Contudo, creio que, naquela altura, sair do quarto após despedir-se do Sr. E. foi o que mais sentido fez para a Sra. G.

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

Este episódio fez-me refletir sobre a importância da intervenção de uma equipa especializada quando a situação vivida pela pessoa doente se complexifica, impondo-se a necessidade de transmitir e gerir más notícias, muitas vezes sem oportunidade de planeamento. Aquando de um internamento programado, é usual realizar-se uma conferência familiar para acolhimento do cliente e família, podendo-se esclarecer as expectativas, delinear o plano de cuidados e objetivar o controlo sintomático: este momento é igualmente propício a avaliar qual a perceção de



doente e/ou família sobre a situação, gerindo-se más notícias. Em casos de internamentos como o do Sr. E. não é possível planeamento. Isto torna ainda mais importante que a intervenção seja o mais eficaz possível. Não foi possível realizar uma conferência familiar, tendo os enfermeiros e médico presentes atuado em articulação no sentido do controlo sintomático e para que houvesse uma comunicação eficaz com a família (dado que o cliente não estava consciente): para a família este agravamento progressivo e a necessidade de internamento constituíam más notícias. Os cuidados paliativos afirmam-se assim pela sua intervenção baseada no rigor científico, através de profissionais com a formação adequada, objectivando-se a atuação consoante as necessidades da pessoa e família e não apenas no seu diagnóstico ou prognóstico (Neto, 2010).

Apesar do internamento do Sr. E. ter sido curto, fez-me sentido refletir sobre esta situação pela necessidade de gestão de más notícias à Sr. G., não só face ao agravamento que motivou o internamento, mas pela própria morte do Sr. E. Outra coisa sobre a qual creio ser importante refletir é o facto da Sra. G. ter sentido a necessidade de sair do quarto, após o falecimento do Sr. E. No momento, de forma automática e irreflectida, fiquei confusa. Não estava à espera daquela saída tão rápida. Foi algo sobre o qual fiquei a pensar depois de ter saído do turno. Não conheci o suficiente a Sra. G. para retirar conclusões, tendo em conta que interagi com ela naquele turno. Contudo, foi compreensível que era uma mulher exausta, em enorme sofrimento e que se inibia de manifestar o que sentia: quando valorizei a sua coragem e papel nos cuidados ao Sr. E., valorizei igualmente a importância do autocuidado, tendo-me respondido “De mim cuido depois” (sic).

A prestação de cuidados a uma pessoa em situação terminal é difícil e complexa a todos os níveis. Os cuidadores têm de lidar com o medo de ver o seu familiar sofrer, mas têm igualmente de lidar com o medo do seu próprio sofrimento (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010). Os familiares também precisam de tempo para se adaptarem, para poderem lidar com o seu próprio sofrimento (Twycross, 2003).

A própria Sra. G. se identificou como alguém racional e que não era costume chorar. Segundo Jean Watson (2002), é importante que o enfermeiro compreenda que o cuidar transcende o mundo físico, o verbal, dado que contactamos com a esfera emocional e subjectiva das pessoas de quem cuidamos e onde os familiares se incluem. Aparentemente, a Sra. G. não conseguiu lidar com aquele momento e

com o seu sofrimento na nossa presença, o que a terá motivado a sair do quarto: face à morte do marido (uma má notícia), a Sra. G. sentiu necessidade de sair. Contudo, isto são “apenas” pensamentos (seria despropositado da minha parte tirar conclusões) que me poderão dar contributos em futuras situações. Esta situação também me ajudou a reforçar o facto de todos sermos diferentes, que não posso prever os comportamentos das pessoas, mas sim compreendê-los e aceitar que determinado comportamento é o que faz sentido para aquela pessoa naquele momento. E a partir disso, perceber qual pode ser a minha ajuda nessa vivência. Tal como referi anteriormente, no momento em que a Sra. G. saiu do quarto tão rapidamente, fiquei confusa e algo desorientada. Olhei para a enfermeira orientadora que se encontrava tão surpresa quanto eu. Após este momento ter acontecido, sentámo-nos as duas a refletir sobre a situação e sobre a eventualidade da Sra. G. não ter conseguido gerir a má notícia da morte do seu marido na nossa presença.

#### **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Penso que podia ter encorajado mais o diálogo ativo com a Sra. G., bem como a sua expressão emocional. No protocolo SPIKES (Buckman, 2005), o autor alerta para a importância de se compreender aquilo que a pessoa percebe. Neste sentido, é fundamental que se analise e considere tanto a comunicação verbal como a não-verbal (Phaneuf, 2002; Stefanelli, 2005b). Apesar da Sra. G. se identificar como uma pessoa racional a quem não é costume chorar, a sua postura não-verbal possibilitava ver uma mulher exausta, em sofrimento e, aparentemente, solitária. Os cuidados paliativos têm como foco de atenção dos cuidados a pessoa doente, mas também a sua família. Intervir com a família, tendo em consideração as suas necessidades, podem contribuir para ajudar a lidar com o sofrimento inerente à situação (Leão & Albuquerque, 2015). Quando validada a sua coragem e dado espaço para que expressasse as suas emoções, a Sra. G. falou um pouco sobre si, dos seus medos, do que iria ter saudade. Teria sido importante continuar este diálogo. Contudo, para além da minha inexperiência, houve uma interrupção da interação com a entrada da amiga da Sra. G. no quarto. Buckman (2005) enaltece a importância de não haver interrupções. No entanto, tal como referido por Warnock (2014) estes momentos de comunicação surgem de modo não planeado, no âmbito da prestação de cuidados. Logo, há determinadas variáveis que não são

controláveis, neste caso, a entrada de alguém no quarto. A partir desse momento, tornou-se inviável continuar aquele momento de interação.

Gostaria de sublinhar que não foi possível gerir a má notícia que constituiu a morte do Sr. E., dado a Sra. G. ter sentido necessidade de sair do quarto sem que houvesse essa oportunidade. No momento fiquei sem saber como reagir. Posteriormente durante o turno contactámos a Sra. G. telefonicamente: agradeceu o contacto mas foi breve em palavras, referindo estar junto de familiares.

## **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Cuidar de alguém com doença oncológica é algo complexo e que varia de acordo com as necessidades de cuidados apresentados pela pessoa doente. Quem desempenha o papel de cuidador informal tem igualmente de manter as suas funções quotidianas, o que aumenta o risco de exaustão (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010; Leão & Albuquerque, 2015). Creio que, apesar do curto tempo de internamento do Sr. E. e das limitações que isso acarreta, houve um grande esforço por parte da equipa na prestação de cuidados ao nível dos quatro pilares dos cuidados paliativos.

Contudo, a pessoa doente e família existem para além das paredes hospitalares. O contexto social terá influência no modo como as pessoas significativas lidam com o processo de doença e de luto (Leão & Albuquerque, 2015). Não foi possível compreender as dinâmicas familiares subjacentes, o que teria sido importante para realizar o apoio a esta família de modo mais adequado às suas necessidades.

No que diz respeito ao momento de interação com a Sra. G., creio que poderia ter dado atenção à sua comunicação não-verbal desde o início, o que me poderia ter ajudado a delinear um pouco o modo como eu iria intervir. Para além disso, quando saí do quarto aquando da chegada da amiga da Sra. G., poderia ter reforçado e validado a importância daquela partilha, bem como a disponibilidade da equipa.

Um momento chave nesta situação foi o facto da Sra. G. ter sentido necessidade de sair do quarto imediatamente após a morte do seu esposo. Por instinto, a minha primeira reação foi de julgamento: como poderia a Sra. G. sair assim de forma tão automática e racional? Apesar de não se ter conseguido gerir a má notícia, esta situação deixou-me a refletir sobre a importância de não julgar as pessoas pelos meus critérios, mas sim de compreender as suas necessidades. O facto de apenas

ter conhecido a Sra. G. neste dia não possibilitou que a transmissão e gestão de más notícias ocorressem como o processo gradual que são (e não um evento único) e fez com que me sentisse apanhada de surpresa com a sua reação.

Os cuidados paliativos abrangem o apoio no luto, não terminando com a morte da pessoa (Twycross, 2003). Neste sentido, o apoio à família continua no processo de vivência de luto. O apoio a esta família, principalmente da Sra. G. que mostrava sinais de exaustão, é algo fundamental. O facto dos turnos do meu estágio não serem realizados de forma seguida faz com que, por vezes, possa não conseguir acompanhar todas as situações do modo que seria mais adequado.

## Referências Bibliográficas

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 749 – 760). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética Faculdade Medicina Universidade Lisboa.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), p. 514 – 516.
- Leão, M. & Albuquerque, E. (2015). *Cuidados Paliativos em Oncologia*. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 73 – 84 ). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 1 – 42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade Medicina Universidade de Lisboa.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Stefanelli, M. (2005b). Estratégias de comunicação terapêutica. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 73 – 104). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), p. 51 – 58

# **APÊNDICE XIV**

**4ª Reflexão Crítica de Aprendizagem**

## Reflexão Crítica de Aprendizagem

### 1. Descrição – O que aconteceu?

O Sr. J., de 48 anos, tem como diagnóstico neoplasia do cólon com metástases a nível peritoneal. Para além de uma colostomia, apresenta uma fístula entero-cutânea com saída de exsudado purulento. O motivo de internamento foi febre, mas este não é o seu primeiro internamento no serviço, já conhecendo a equipa multidisciplinar. O Sr. J. é solteiro, não tem filhos, sendo os pais e o irmão as pessoas significativas de referência.

O Sr. J. foi-me descrito como uma pessoa muito reservada e evasiva em termos comunicacionais. Nos meus primeiros contactos a prestar cuidados ao Sr. J., pude confirmar esta descrição. Pouco comunicativo, raramente falava de si, limitando o contacto aos cuidados físicos (nomeadamente prestação de cuidados à fístula).

Progressivamente, após ter prestado cuidados ao Sr. J. durante alguns dias, começou a falar um pouco mais de si: do seu gosto por viajar e das viagens que fez; do quanto gosta de ouvir música e se perder pelos sons. Referia que o seu computador portátil lhe permitia olhar pelo mundo e revisitar a banda sonora da sua vida. Contudo, mantinha-se evasivo no que se respeitava a falar da sua vivência de doença e dos seus significados, apesar de já ter verbalizado qual o seu diagnóstico.

O Sr. J. foi-se mostrando cada vez mais asténico ao longo do internamento, emagrecido, permanecendo no leito por maiores períodos de tempo. Os internamentos têm sido mais frequentes.

Num dos turnos em que lhe avaleiei a tensão arterial, o Sr. J. apresentava-se hipotenso, mantendo um padrão característico para si. Neste momento, atribuiu a sua maior astenia e cansaço à hipotensão: referiu que tinha tido dificuldade em dar o seu passeio pelo corredor do serviço, tendo de ter interrompido a caminhada a meio para regressar ao quarto, verbalizando que devia ter sido por se encontrar hipotenso (entoando as palavras em tom de questionamento).

Em momentos anteriores, o Sr. J. tinha já demonstrado saber qual a sua doença e a sua extensão: este não era o primeiro internamento e a equipa multidisciplinar tinha já trabalhado algumas questões consigo. Face ao tom de questionamento que utilizou, tentei devolver a pergunta para compreender o que o Sr. J. estaria a pensar. Utilizei igualmente pequenas verbalizações para encorajar o Sr. J. a continuar o seu



discurso, como por exemplo “hum hum” ou “estou a ouvi-lo”. O Sr. J. verbalizou que poderia ser isso, porque antes conseguia caminhar o corredor inteiro sem dificuldades: “era só o que me faltava, custar-me até a percorrer o corredor” (sic). Compreendi que isto para o Sr. J. era uma “má notícia”. Tentei responder utilizando “tiros de aviso”: “infelizmente, creio que a sua sensação de maior debilidade poderá não ter sido devido à hipotensão em si”. Tentei transmitir que os valores de tensão arterial se encontravam num padrão característico para si. O Sr. J. ficou a olhar para mim pensativo. Pareceu-me que compreendeu o que quis dizer, da maior astenia se associar à progressão da doença, e ficámos um pouco em silêncio. Tentei dar espaço para esse silêncio para que o Sr. J. pudesse pensar. Contudo, não nego que “permitir” silêncios não é algo fácil, dado que considero que a tendência é dizer algo para o interromper e tornar o momento menos “incómodo”. Após o período de silêncio, o Sr. J. referiu que neste momento não lhe apetecia mais conversar sobre o assunto por agora. Tentei validar o que pudesse estar a sentir “não estou no seu lugar, mas imagino que não seja fácil”. Face a isto, respeitei a sua vontade e perguntei de que forma é que o poderíamos ajudar. O Sr. J. disse que tinha vontade de ter uma refeição diferente, que não fosse a alimentação do hospital e noutra lugar que não fosse o seu quarto. Referi ao Sr. J. que poderíamos falar com a família e com a restante equipa, de modo a encontrar opções face a esse desejo. Neste sentido, tentou-se agilizar saídas do Sr. J. do hospital, em articulação com a sua família. Para além disso, o irmão mostrou desejo e disponibilidade de trazer refeições do exterior e almoçarem os dois em conjunto na sala de refeições. Este aspeto foi algo para a qual o Sr. J. reagiu com bastante agrado.

Dado que a equipa já conhecia melhor o Sr. J., falei igualmente com a enfermeira orientadora no sentido de partilhar o que tinha falado com ele e sobre a complexidade e dificuldade em se conseguir abordar certos assuntos. A enfermeira referiu que a equipa também tem sentido essa dificuldade ao longo do tempo que conhece o Sr. J., sendo algo que se tem vindo a trabalhar ao longo do percurso na construção da relação terapêutica.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Interagir com o Sr. J. foi algo complexo, dado ser alguém bastante reservado. Contudo, foi interessante ver o modo como a sua postura foi mudando ao longo dos

turnos em que contactámos. O facto de, a partir de certo momento, se ter sentido à vontade para falar das suas viagens, mostrar as suas fotografias, colocar a tocar as suas *playlists*, demonstrou que sentia um pouco mais de confiança para falar de assuntos que lhe são próximos e íntimos.

Contudo, senti dificuldade em “ir mais além” no explorar de certos fatores. A astenia, cansaço, o emagrecimento progressivo encontravam-se relacionados com a doença em si, com a sua progressão e a sintomatologia a isso associada. Para além disto, compreendi que estes aspetos eram perturbadores para o Sr. J. Deste modo, tentei explorar o que o Sr. J. pensava sobre isso e dar tiros de aviso de modo a desmistificar a etiologia dos sintomas e avaliar as suas expectativas. Fiquei com a perceção que, ao compreender isso, o Sr. J. ficou mais pensativo e solicitou para não se conversar mais naquele momento. Fiquei a pensar se teria feito e/ou dito algo de menos correto. Contudo, compreendi que não só precisava do seu espaço para pensar, como também que as reservas em falar sobre si e sobre o que sentia faziam parte da sua personalidade. Falar com a enfermeira orientadora sobre isso foi igualmente algo benéfico, dado que a enfermeira referiu que toda a equipa tem dificuldade em comunicar com o Sr. J.

Ao ter em consideração estes factos, considerei que o mais adequado era dar espaço ao Sr. J. e compreender de que forma estes sintomas eram um problema para si, que intervenções poderiam fazer sentido para si.

### **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

A doença oncológica é uma patologia com uma grande conotação de incerteza e provoca profundas alterações na vida da pessoa: a vivência da doença é, assim, subjetiva, única e complexa (McCray, 2000). O Sr. J. falava com satisfação dos tempos em que podia viajar e sair pela cidade ouvindo música, gostos que neste momento não podia cultivar face às mudanças que a vivência da doença oncológica lhe trouxe.

Ao longo dos turnos o Sr. J. foi falando um pouco mais sobre si, marcando uma clara diferença das primeiras interações. O facto do Sr. J. ter mostrado fotografias e músicas que lhe eram importantes e ter contado histórias da sua vida manifesta que, progressivamente, se foi sentido mais à vontade comigo. Este facto foi até algo que me surpreendeu, dado que outras enfermeiras da equipa já me tinham transmitido

que o Sr. J. era bastante evasivo e reservado. Considero que tal foi algo positivo, dado que demonstrou que o Sr. J. foi tendo maior confiança na relação terapêutica que se tinha vindo a construir.

O Sr. J. encontrava-se num quarto privado, onde havia cadeiras onde nos podíamos sentar. O único ruído que era hábito ouvir era a música que provinha do seu *tablet*. Neste sentido, estava salvaguardado a existência de um ambiente calmo e com privacidade, tão importante aquando de momentos de interação entre a pessoa e o profissional de saúde (Buckman, 2005).

Quando me referiu com um tom de questionamento a possível associação entre a hipotensão e a maior astenia e debilidade, depreendi que o Sr. J. poderia estar com necessidade de falar sobre o modo como se sentia. Contudo, tentei compreender não só o que o Sr. J. sabia mas também aquilo que desejaria saber (Buckman, 2005), dado que a sintomatologia apresentada se constituía como uma limitação e, logo, como uma má notícia para o Sr. J. Tal possibilitou o treino de técnicas de comunicação como: devolver a pergunta, utilizar verbalizações enquanto encorajamento de discurso, estar atenta ao conteúdo emocional subjacente no discurso do Sr. J. (Phaneuf, 2002; Riley, 2012).

No cuidar transpessoal pressupõe-se que todos os intervenientes influenciam a relação terapêutica e requer conhecimento e compreensão das necessidades da outra pessoa (Watson, 2002). Neste sentido, e face ao pedido do Sr. J. em não falar mais sobre a sua sintomatologia e o seu significado para si, tentei compreender o que seria importante, que intervenções se poderiam desenvolver. Avaliar o que é importante para a pessoa doente e esclarecer dúvidas que possam estar relacionadas são intervenções que fazem parte da competência de enfermagem (Warnock, 2014).

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

É importante compreender que, apesar de haver padrões que podem ser característicos a cada diagnóstico, cada pessoa vivencia uma situação singular: as experiências, as características culturais, a personalidade influenciam esta vivência, tornando-a algo altamente pessoal (McCray, 2000).

Apesar de ter manifestado alguma necessidade em falar sobre o seu estado geral, o Sr. J. ficou mais pensativo quando foram tentadas explorar as suas

expectativas, solicitando para não falar mais sobre o assunto pelo momento. Deste modo, respeitei o seu pedido, não insistindo. Quando uma pessoa está em negação ou não se encontra preparada para falar sobre uma má notícia, é aconselhado a não haver confrontação numa das primeiras interações. Alguns mecanismos de defesa têm de ser trabalhados de forma cuidadosa e ao longo de diversos momentos, uma vez que se corre o risco de exacerbar a ansiedade da pessoa ou mesmo prejudicar a construção da relação terapêutica (Buckman, 2005).

Deste modo, tentei transmitir uma compreensão empática face à sua vivência e face à validação das suas emoções (Baer, 2013; Kaplan, 2010; Querido, Salazar & Neto, 2010). Para além disso, tentei utilizar o silêncio enquanto estratégia de comunicação, algo que não considero fácil. É importante que se aprenda a utilizar o silêncio de forma pertinente: dar tempo à pessoa para ela interiorizar algo sem a pressionar, evitando-se o extremo de se abusar destes momentos (Phaneuf, 2002).

Face ao pedido do Sr. J. de não continuar aquela linha de assunto, considerei que seria importante compreender o que é que constituía um problema para si, sobre o que é que seria importante incidir e que estratégias se poderiam utilizar. Os cuidados paliativos visam as necessidades da pessoa a quem prestamos cuidados, não considerando apenas diagnóstico ou prognóstico. As perdas que se vão vivendo ao longo do percurso, sejam do foro físico, psicológico ou espiritual, constituem uma ameaça e devem ser alvo da intervenção dos profissionais (Neto, 2010). Neste sentido, o Sr. J. mostrou desejo de retomar a interação, referindo que sentia saudades de ter refeições diferentes e noutros locais com as pessoas significativas, realizando uma ruptura com as rotinas hospitalares. A subjetividade é, assim, um fator sempre presente, dado que as necessidades das pessoas são únicas, diferindo das dos seus familiares, das de outras pessoas a quem prestamos cuidados e mesmo daquelas que poderiam ser as nossas.

Com base naquilo que o Sr. J. manifestou, foram planeadas intervenções (considerando a equipa, o Sr. J. e a sua família) no sentido de satisfazer estas suas necessidades, contribuindo para um maior bem-estar e qualidade de vida.

## **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Resolvi refletir sobre esta situação por sentir que prestar cuidados ao Sr. J. foi complexo e desafiante. Quando digo isto não me refiro à administração de

terapêutica nem aos cuidados à colostomia ou à fístula, mas sim relativamente à intervenção comunicacional e à gestão de uma má notícia: o sentimento de maior debilidade e astenia. Contudo, tentei que isso não se reflectisse na minha comunicação não-verbal: sentei-me junto a si, tentando estar relaxada, sem recorrer a maneirismos com as mãos ou mudanças frequentes de posição.

Existem pessoas que são mais retraídas, podendo parecer psicologicamente inacessíveis e sendo importante encontrar meios para as ajudar (Twycross, 2003). Neste sentido, é necessário avaliar a situação caso a caso, de modo a perceber quais as melhores técnicas de comunicação a utilizar, como por exemplo: expressar a dificuldade na interação e tentar compreender o que incomoda o doente (Twycross, 2003). Estas são estratégias que poderia ter utilizado com o Sr. J., mas que no momento não me senti à vontade para tal: tinha receio de dizer algo que o retraísse ainda mais. É também aconselhado que se partilhe as dificuldades vividas com outros elementos da equipa e isso foi algo que tentei fazer quando, posteriormente, falei com a minha enfermeira orientadora.

## **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Desde o início que eu tinha noção que o Sr. J. era alguém muito reservado e que a comunicação poderia ser algo desafiante. Estando eu num processo de desenvolvimento de competências e com necessidade de me colocar à prova no que diz respeito ao treino de transmissão e gestão de más notícias, tenho receio que tal tenha influenciado na interação com o Sr. J. Se acontecesse de novo, creio que tentaria esquecer esses fatores de modo a estar em pleno naquele momento. Segundo Phaneuf (2002), os pensamentos paralelos poderão contribuir para diminuir a concentração e perturbar a comunicação. Quando se está a prestar cuidados a uma pessoa, deve-se tentar estar inteiramente nesse momento, mesmo que isso apenas seja possível durante um período limitado de tempo. Contudo, tal é algo complexo dado que o enfermeiro, enquanto interveniente desta relação, influencia-a com as suas experiências, sentimentos e receios, sendo necessário um grande trabalho de desenvolvimento pessoal e de bem-estar consigo mesmo (Watson, 2002).

Para além disso, a transmissão e gestão de más notícias constituem um processo e não um evento único (Buckman,2005). Deste modo, poderia utilizar a

experiência que adveio deste momento de interação para planejar momentos futuros, de modo a ajudar a “(...) integrar a experiência subjectiva e as emoções, com uma visão objectiva externa da situação.” (Watson, 2002, pág. 115).

Considero igualmente que cada um destes momentos contribuem para uma prática reflexiva que me possibilita desenvolver competências nesta temática, bem como sentir-me menos insegura, nunca esquecendo de que cada pessoa é única e tem necessidades ajustadas à sua realidade.

## Referências Bibliográficas

- Baer, L. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Oncology Nursing Society*, 17 (3), 45 – 51.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), p. 514 – 516.
- McCray, N. (2000). Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida. In Otto, S. (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (pág. 893 – 912). 3ª Ed. Lisboa: Lusociência.
- Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 1 – 42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade Medicina Universidade de Lisboa.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 461 – 486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética, Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Riley, J. (2012). *Communication in Nursing*. 7ª Ed. Estados Unidos da América: Elsevier Mosby.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), p. 51 – 58.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



# **APÊNDICE XV**

**Plano de Sessão de “*Journal Club*”**

## **Plano de Sessão**

*“Journal Club”*

**População-alvo:** Equipa multidisciplinar da Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos

**Datas:** 9 de Fevereiro, 2017

**Duração:** 35 minutos

**Local:** Sala de reuniões da equipa

**Objetivo:** Realizar a análise do artigo científico *“Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study”* (Caswell et. al, 2015)

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da realização do <i>Journal Club</i>;</li> <li>- Apresentação do artigo científico selecionado</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em <i>PowerPoint</i> e videoprojector	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que motivou a realização deste estudo;</li> <li>- Apresentação do estudo;</li> <li>- Apresentação dos resultados: o ambiente, a perspetiva dos profissionais, a perspetiva dos familiares;</li> <li>- O ambiente;</li> <li>- A perspetiva dos profissionais;</li> <li>- A perspetiva dos familiares;</li> <li>- Discursão de resultados.</li> </ul>			20 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão;</li> <li>- Pensamentos finais.</li> </ul>			10 minutos

# **APÊNDICE XVI**

**5ª Reflexão Crítica de Aprendizagem**

## Reflexão Crítica de Aprendizagem

### 1. Descrição – O que aconteceu?

O Sr. M. encontra-se internado por descontrolo sintomático ao nível da dor. Como diagnóstico tem um carcinoma da nasofaringe com metástases ósseas lombares, bacia e ombro esquerdo com compressão radicular e medular. O Sr. M. era já seguido em Consulta de Paliativos na instituição. Aquando do internamento, a equipa manteve o acompanhamento a nível intra-hospitalar em articulação com a equipa multidisciplinar do serviço de internamento. Como pessoas significativas mais próximas do Sr. M. destacam-se a esposa e os dois filhos. O Sr. M. e a sua esposa, a Sr. A., têm uma relação muito próxima, sendo a Sra. A. a cuidadora informal no domicílio. O estado geral do Sr. M. tem-se vindo a agravar, com sintomas como perda ponderal, anorexia e descontrolo da dor. Paralelamente, a Sra. A. tem emagrecido progressivamente, referindo igualmente diminuição do apetite, insónias e labilidade fácil. Num dos momentos em que eu, a enfermeira e médica da equipa fomos falar com o Sr. M. este encontrava-se acompanhado da sua esposa. Após falar com o Sr. M. sobre como se sentia relativamente ao controlo sintomático, este teve de deixar o quarto para ir realizar uma sessão de radioterapia antiálgica. Neste momento, ficámos sozinhas com a Sra. A. A sua comunicação não-verbal transmitia uma grande inquietação e necessidade de falar: sem conseguir manter contacto ocular, a esfregar as mãos uma na outra, cruzando e descruzando as pernas e falando de forma evasiva. Quando perguntado como é que estava e o que sentia, a Sra. A. começou a chorar, limpando as lágrimas. Neste momento, foi disponibilizado à Sra. A. se gostaria de ir para um espaço mais calmo e conversar um pouco, o que a Sra. A. concordou.

Numa sala pertencente ao serviço de internamento, colocou-se as cadeiras em círculo e sentámo-nos. Perguntou-se à Sra. A. o que mais a preocupava. A Sra. A. verbalizou preocupação relativamente ao agravamento do Sr. M. e medo de não conseguir cuidar dele. Questionou se, com este internamento, o Sr. M. iria melhorar, ficando mais forte e retomando o seu estado prévio à hospitalização: a presença crescente de sintomas como a dor e a necessidade de ajuda nas atividades de vida constituíam “más notícias” para a esposa do Sr. M. A Sra. A. encontrava-se informada acerca da patologia do marido, tendo sido contextualizado que os

sintomas presentes se encontravam associados ao agravamento da mesma. Esta intervenção foi realizada em conjunto com a enfermeira orientadora e a médica, recorrendo-se a “tiros de aviso” e com adaptação do discurso utilizado. Quando a Sra. A. começou a chorar, foi dado espaço para que pudesse expressar as suas emoções. Para além disso, recorreu-se a expressões como “É natural que estas informações a deixem incomodada e que não fosse isto que gostaria de ouvir”.

Seguidamente, foram abordados apoios e recursos da comunidade disponíveis, mas a Sra. A. imediatamente referiu que não quer que o Sr. M. saia de casa e que quer cuidar dele “até ao fim” (sic), de preferência em família. Encarava a possibilidade de apoio externo como algo negativo. Utilizando-se encorajamentos de discurso, a Sra. M. falou abertamente da proximidade que tem com o marido, o apoio mútuo e ligação que têm e da relação que construíram nos últimos 28 anos desde que tinha ficado viúva ainda jovem. Avançou dizendo “logo ele que sempre teve uma vida saudável... e eu que fumo tanto não tenho nada” (sic). Acrescentou dizendo que estava preocupada com os filhos que estão igualmente com problemas pessoais e que se estão a ressentir ao ver o Sr. M. agravar o seu estado. Referiu igualmente que não quer que o Sr. M. saiba dos problemas dos filhos, porque o quer proteger e não o quer preocupar ainda mais. Foi validada a coragem e papel de cuidadora da Sra. A., mas igualmente enaltecida a importância de cuidar de si. Foi reforçada a existência de uma consulta de psicologia de apoio a familiares, bem como a disponibilidade da equipa que tem assistido ao emagrecimento e cansaço progressivo da Sra. A. Durante esta conversa, a Sra. A. manteve-se sucessivamente a mudar de posição, a esfregar os dedos das mãos, desviando o olhar. Relativamente ao apoio psicológico recusa, referindo que o seu tempo é dedicado ao marido, a cuidar dele e a estarem juntos e que “depois logo se vê” (sic). Referiu que ficava triste por compreender que pode não conseguir cuidar do marido sozinha. Contudo, manifestou receptividade em esclarecer dúvidas no que diz respeito ao apoio no domicílio. Foram esclarecidas hipóteses de apoio domiciliário, bem como da existência de equipas de cuidados continuados integrados. A Sra. A. agradeceu, manifestando interesse e pedindo que se voltasse a abordar esta temática com o Sr. M. para se decidir em conjunto. Voltou a reforçar-se a disponibilidade da equipa para esclarecer dúvidas sempre que necessário, bem como para que a Sra. A. se sinta apoiada, bem como toda a família. A Sra. A. agradeceu e manifestou o desejo de ir

ter com o Sr. M. até à radioterapia. Ficou combinado o regresso no dia seguinte de modo a que se pudesse conversar em conjunto com o Sr. M. e discutir o plano de cuidados mais adequado.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Cada vez reflito mais sobre o impacto que a doença oncológica acarreta para os familiares de alguém com cancro. A cumplicidade e proximidade deste casal são notórias, olhando-se sempre mutuamente antes de responder a algo. Mesmo eu, que apenas conheci o Sr. M. e a Sra. A. no âmbito deste internamento, consegui observar como a Sra. A. se encontra exausta física e emocionalmente: porque também ela se encontra a lidar com as perdas que vão surgindo no dia-a-dia.

Pôde-se constatar que os sintomas apresentados pelo Sr. M., as consequências que acarretam para seu quotidiano e a perspectiva do seu marido não retomar o seu estado prévio, constituem “más notícias” para a Sra. A. Esta situação fez-me refletir o quanto é vital saber intervir no âmbito da transmissão e gestão de más notícias, uma vez que a falta de competências nesta temática poderá contribuir para exacerbar ainda mais o sofrimento e angústia de doentes e familiares.

Pessoalmente, custou-me que a Sra. A. recusasse apoio psicológico. Contudo, a Sra. A. tem o direito de recusar esse apoio, mas tem igualmente o direito que este lhe seja disponibilizado. Contudo, quantos cuidadores informais haverão neste país a quem não foram disponibilizados recursos de apoio e, mesmo, suporte emocional e psicológico?

Mesmo após a alta, a equipa irá manter o contacto com o casal através da consulta de cuidados paliativos, bem como através da equipa de cuidados continuados integrados que irá prestar cuidados no domicílio (posteriormente aceite por ambos). Assim, poderá acompanhar a situação familiar, o controlo sintomático e as necessidades do Sr. M., da Sra. A. e dos seus filhos.

Acredito que o apoio de uma equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos é uma grande mais-valia enquanto profissionais de consultadoria que atuam em articulação com a equipa dos serviços. Cada vez mais tem de se pensar para além das paredes hospitalares e refletir que as famílias existem é para além desse edifício, enaltecendo-se a importância de se planear altas e de validar quais os recursos de apoio mais adequados em cada situação. Para além disso, não são apenas os

doentes que lidam com as más notícias que vão surgindo: os familiares também sentem o seu impacto, sendo fundamental ajudar na sua gestão.

### **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

Nesta situação ficou presente a importância de se estar atento à comunicação não-verbal das pessoas, interpretando os sinais que são transmitidos (Phaneuf, 2002; Stefanelli, 2005b). A comunicação não-verbal da Sra. A. fazia notar a existência de inquietações, bem como a necessidade de falar. Face a isto, creio que foi importante disponibilizar o momento para falar sobre as suas preocupações.

Enaltece-se a importância de haver um ambiente calmo, que salvasse a privacidade da pessoa e minimize o risco de interrupções: este aspeto surge como fundamental aquando de conversas difíceis (Buckman, 2005; Kaplan, 2010). Nesta situação, encontrávamo-nos no meio do quarto onde havia mais 3 camas de internamento, tendo sido essencial poder ir para um sítio mais adequado. Para além disso, o facto de se dispor as cadeiras em círculo permitiu que estivéssemos todos ao mesmo nível, privilegiando-se uma postura corporal que transmita disponibilidade (Phaneuf, 2002; Stefanelli, 2005b).

Começou-se por tentar compreender quais as preocupações a Sra. A., o que sabia e o que desejava saber. Perguntar antes de falar é um aspeto essencial para o qual Buckman (2005) faz alusão no protocolo S-P-I-K-E-S.

A doença de um familiar é igualmente uma doença da família, dado o impacto que a vivência de uma patologia acarreta para todos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010). O percurso de doença exige ajustamentos psicossociais por parte do doente que se irão repercutir no seio familiar. Tal como o doente oncológico, a família também vivencia uma situação de crise: a experiência de cancro requer uma adaptação não só do doente mas também da própria família, que também se depara com más notícias (Pereira & Lopes, 2002).

No caso de doenças crónicas tal ainda se acentua mais, dado que a família se depara com uma situação mais longa, repleta de altos e baixos, em que a pessoa doente se vai confrontando gradualmente com perdas e sintomas. Isto contribui para que a adaptação e mudança de papéis sejam progressivas (Moreira, 2001). Na situação em questão, a Sra. A. manifestou preocupação face ao agravamento progressivo do Sr. M. e o seu receio de não conseguir cuidar dele face às



incapacidades e sintomas que possam surgir. A presença cada vez mais acentuada de sintomas como a dor, a debilidade, a astenia e emagrecimento são identificadas pela Sra. A. como “más notícias”, tendo sido necessário geri-las, bem como gerir as expectativas associadas. Utilizaram-se passos intrínsecos ao protocolo S-P-I-K-E-S quando se tentou compreender o que a Sra. A. queria saber, no modo como se preparou a transmissão de má notícia (recorrendo a “tiros de aviso”), utilizando-se linguagem clara e adaptada à Sra. A. Para além do S-P-I-K-E-S, verificou-se ainda alguma associação aos passos do protocolo NURSE, aquando de validar a expressão emocional da Sra. A., procurando-se dar uma resposta empática às suas emoções.

Tentou-se sublinhar que a Sra. A. não se encontra sozinha e esclarecê-la relativamente aos recursos disponíveis, dando-se a conhecer a existência de apoios domiciliários, equipas de cuidados continuados integrados, unidades de cuidados paliativos, entre outros. Face a isto, a Sra. A. manifestou rapidamente o desejo de que o Sr. M. permaneça em casa e de se manter a ajudá-lo no que for necessário. É, então, preciso refletir que a família de um doente oncológico poderá vivenciar dois tipos de *stress*: o *stress* emocional, por se confrontarem com um familiar com uma doença com um impacto tão elevado e por se pensar na possibilidade da morte; o *stress* associado relacionado com a necessidade de cuidar da pessoa doente, com todas os significados e implicações pessoais e profissionais que isso acarreta (Santos, 2006). É fundamental que os profissionais de saúde ajudem a família a adaptarem-se à situação de doença, bem como a gerir as más notícias que vão surgindo ao longo do percurso.

Os encorajamentos de discurso encorajam a pessoa a falar, a manter o diálogo ativo (Travado & Reis, 2015). Estes encorajamentos foram o necessário para que a Sra. M. exteriorizasse aquilo que sentia. Foi visível a relação próxima que tem com o marido e o quanto a doença também tem impacto em si. O familiar também sofre pelas perdas que a pessoa doente possa estar a vivenciar.

Ficou patente o risco de exaustão vivido pela Sra. A., não só pela sua postura física, mas igualmente pelo seu discurso. Neste sentido, creio que foi extremamente importante validar e valorizar a sua coragem e importância por tudo aquilo que tem feito, mas igualmente o quanto é importante cuidar de si. Abordar-se a possibilidade de usufruir de apoio psicológico era indispensável. Apoiar as famílias, ajudando-as

na sua reorganização durante o processo de doença é uma competência fundamental dos profissionais de saúde, constituindo-se um dos pilares fundamentais em cuidados paliativos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

Creio que se poderia ter explorado melhor a questão dos filhos estarem com problemas pessoais e da Sra. A. não querer que o Sr. M. saiba: a Sra. A. transmitiu que o facto do filho mais novo querer abandonar a escola foi algo que recebeu como mais uma má notícia no meio de tudo o que estavam a viver (“já não bastava o resto, agora mais isto; ai se o pai dele sabe” (sic)). Apesar de se denotar um enorme sentimento de proteção e do intuito ser não preocupar ainda mais o Sr. M., é preciso refletir sobre o risco de “conspiração do silêncio”. Apesar de não parecer que isso esteja a acontecer presentemente, é preciso avaliar e acompanhar estas questões, uma vez que situações de conspiração de silêncio justificam uma intervenção psicossocial que ajude o doente e família no processo de adaptação, bem como melhorar a qualidade de vida familiar (Santos, 2006).

Apesar do risco patente de exaustão, tem de se respeitar a decisão da Sra. A. em não querer apoio de um psicólogo no momento. Contudo, o acompanhamento e suporte por parte dos profissionais de saúde devem estar sempre presentes, envolvendo-se toda a equipa multidisciplinar: identificar situações de exaustão e adaptar os cuidados às necessidades de cada unidade familiar são aspetos fulcrais na prestação de cuidados ao doente oncológico e sua família (Astudillo, Mendinueta & Munoz, 2002).

A Sra. A. manifestou o desejo do Sr. M. se manter em casa, no ambiente mais familiar possível: sair de casa não constituía opção e verbalizou que precisar de apoio externo era algo que lhe custava porque sempre cuidaram uns dos outros em família (pela sua comunicação verbal e não-verbal percecionei que tal constituía outra má notícia para a Sra. A.). Contudo, após esclarecidas dúvidas e explicados os recursos disponíveis, recebeu com algum agrado a possibilidade de usufruir de cuidados domiciliários através da equipa de cuidados continuados integrados. Tal irá permitir não só que o Sr. M. e família se sintam mais apoiados em casa, adaptando-se os cuidados às necessidades que apresentam, mas também avaliar as condições da família para que o doente permaneça no domicílio, uma vez que as circunstâncias se podem alterar ao longo do processo (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

No final da interação em análise, ficou agendado regressar-se no dia seguinte para se falar novamente na presença do Sr. M. Planear-se e definir-se o acompanhamento é algo fundamental e que contribui para uma maior confiança entre a equipa e o doente e família (Buckman, 2005).

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

Esta situação faz refletir sobre o impacto que a doença oncológica tem em toda a unidade familiar, que também sofre com as “más notícias” que vão surgindo. A Sra. A. referiu que um dos seus filhos manifestou a vontade de congelar temporariamente a matrícula da faculdade, não só porque não se consegue concentrar, mas também porque quer estar mais presente para ajudar no que for necessário. Após esta interação a Sra A. não tinha gostado nem concordava com esta opção, mas reconheceu que tinha de respeitar o desejo do filho.

Ao longo do tempo, e independentemente do seu tipo de estrutura, uma família constrói uma situação de equilíbrio em que cada um dos seus membros tem o seu papel definido. A vivência de uma doença oncológica de um dos membros irá quebrar este equilíbrio, o que implica uma mudança de todo o sistema familiar e, logo, uma necessidade de reorganização (Moreira, 2001). Cabe aos profissionais estar presentes e prestar o apoio adequado às necessidades, tendo a consciência de que transmitir e gerir as más notícias que vão surgindo faz parte das suas competências.

Cuidar de uma pessoa com uma doença oncológica é algo extremamente complexo e exigente e que não é constante ao longo do tempo: em fases mais avançadas da doença, a pessoa doente poderá apresentar um maior grau de dependência e, logo, necessitar de mais cuidados (Leão & Albuquerque, 2015). Deste modo, creio que esta situação faz denotar a importância de considerar não só o doente, mas igualmente a família aquando da prestação de cuidados.

#### **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Neste caso, a contextualização dos sintomas apresentados pelo Sr. M. e a necessidade de apoio constituíram converas difíceis no âmbito da prestação de cuidados. Contudo, e tal como referido anteriormente, poder-se-ia ter explorado melhor o facto da Sra. A. não querer dizer ao Sr. M. os problemas pessoais pelos

quais os seus filhos estão a passar, de modo a protegê-lo. Quando um elemento da família adoece, há a tendência dos restantes membros agirem de acordo com as necessidades da pessoa doente, deixando os seus próprios problemas para segundo plano. Os familiares tendem, assim, a esconder estados de tristeza e de preocupação, passando a pessoa doente a ser o centro. Tal pode contribuir para aumentar o risco de ansiedade, depressão e, mesmo, sentimentos de culpabilização (Pereira & Lopes, 2002).

Para além disso, poder-se-ia ter-se explorado melhor o facto da Sra. A. recusar apoio psicológico, tendo em conta que admitiu ter falta de apetite e insónias frequentes. Referiu mesmo não se lembrar da última noite que teve um sono tranquilo. Apesar deste tópico não se encontrar relacionado directamente com a comunicação de más notícias, foi algo que me marcou nesta interação. A equipa de cuidados de saúde deve estar atenta ao processo de inadaptação dos cuidadores, oferecendo o apoio adequado sempre que se justifique (Leão & Albuquerque, 2015). Contudo, creio que este é um processo que tem de ser gradual, respeitando os *timings* das pessoas, mantendo o acompanhamento e vigilância. Por agora a Sra. A. recusa mais ajuda, mas deverá manter-se a vigilância e a disponibilidade de apoio. Pelo que compreendi pela restante equipa intrahospitalar, que já acompanhava a situação vivida pelo Sr. M. e família, previamente tinham recusado qualquer tipo de apoio no domicílio. Neste momento, a Sra. A. encara essa medida como algo benéfico e que lhes permite usufruir do tempo em casa com maior qualidade. Para tal, foi fundamental a utilização de estratégias comunicacionais que possibilitassem compreender as preocupações e expectativas da Sra. A., enaltecendo-se a importância de saber intervir adequadamente no âmbito da transmissão e gestão de más notícias.

## **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

A Sra. A. mostra ser uma pessoa reservada, tendo dificuldade em desabafar sobre aquilo que a preocupa. Nesta interação conseguiu manifestar que os sintomas que o marido apresenta, e que surgem cada vez com maior frequência, são uma “má notícia” face ao seu agravamento progressivo.

Esta interação ocorreu de forma não planeada. O facto de haver planeamento poderia fazer com que se tivessem reunido informações mais concretas sobre os

eventuais apoios disponíveis na comunidade para a preparação da alta (dado que inicialmente não aceitavam a ideia de ter apoio externo e isso era encarado de forma negativa). No entanto, o facto da Sra. A. ter solicitado que se voltasse a abordar esse assunto em conjunto com o Sr. M., faz com que esse planeamento seja possível para a próxima interação.

Contudo, mesmo tendo em consideração que a situação aqui em reflexão não foi planeada, creio que foi essencial para abordar questões muito relevantes e reforçar à Sra. A. que a família não está sozinha, bem como ponderar os apoios mais adequados às suas necessidades. Para além disso, recorreu-se a estratégias inerentes ao protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005) e NURSE (Kaplan, 2010) como recursos úteis na transmissão e gestão de más notícias, nomeadamente relativamente aos sintomas, à progressão da doença oncológica e à necessidade de apoio nos cuidados ao Sr. M.

Reconhecer e valorizar a dedicação dos membros da família, bem como os seus cuidados, é essencial. Cabe aos profissionais de saúde ajudar doente e familiares a enfrentar as situações de *stress* que vão surgindo, promovendo uma comunicação eficaz entre todos (Pereira & Lopes, 2002). Desenvolver competências no âmbito da transmissão e gestão de más notícias é fulcral para a prestação de cuidados com qualidade no apoio à família (Baile & Parker, 2011).

## Referências Bibliográficas

- Astudillo, W., Mendinueta, C. & Munoz, A. (2002). Medidas para mejorar la relación familia-equipo de apoyo. In Astudillo, W., Mendinueta, C. & Astudillo, E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a sua família* (pág. 387-407). Navarra: Ediciones Universidad de Navarra.
- Baile, W. & Parker, P. (2011). Breaking bad news. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 - 112). Oxford: Oxford University Press.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 749 – 760). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), p. 514 – 516.
- Leão, M. & Albuquerque, E. (2015). *Cuidados Paliativos em Oncologia*. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 73 – 84 ). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Santos, C. (2006). *Doença Oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Stefanelli, M. (2005b). Estratégias de comunicação terapêutica. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 73 – 104). Brasil: Editora Manole Ltda.

# **APÊNDICE XVII**

**6ª Reflexão Crítica de Aprendizagem**



## Reflexão Crítica de Aprendizagem

### **1. Descrição – O que aconteceu?**

A situação sobre o qual pretendo refletir é um pouco distinta das outras sobre as quais realizei uma reflexão. Ocorreu na sala de trabalho da equipa-intrahospitalar e da equipa de apoio domiciliário em que me encontro a realizar estágio. A equipa de enfermagem encontrava-se a prestar cuidados a um senhor com uma neoplasia da cavidade oral, com metastização e estado avançado de progressão. Este doente, cuja esposa é a cuidadora de referência, mantém a interação com as pessoas ao mínimo, responde apenas com respostas curtas (sim/não) ou mesmo desviando o olhar e recusa alguns cuidados, como a alimentação e hidratação por PEG. A comunicação com o doente encontra-se dificultada não só pelas alterações físicas decorrentes da doença, mas igualmente pela sua recusa.

A equipa de enfermagem sentiu necessidade de falar e debater em grupo sobre como avaliar a reacção e comportamento deste doente e como delinear o plano terapêutico, tendo este momento de interação surgido de forma espontânea. Neste sentido, discutiu-se a questão da recusa aos cuidados, essencialmente o facto do doente, muitas vezes, recusar a administração de alimentos e de água. Deverá tal ser interpretado como uma anorexia inerente ao progredir da patologia ou como uma recusa associada a alguma alteração do foro psiquiátrico, como por exemplo depressão? Neste caso, o doente encontrava-se a ser apoiado no domicílio, mas houve necessidade de deslocação ao serviço de urgência da instituição face ao agravamento de estado geral.

Compreender o porquê do doente recusar os cuidados, de forma a atuar da forma mais adequada face a isso estava a inquietar não só a esposa, mas igualmente elementos da equipa e motivou este momento de partilha e debate. A esposa tinha referido a uma das enfermeiras que se sentia angustiada por esta recusa do marido, questionando o seu porquê, e que tinha medo de sair de casa e o encontrar falecido quando regressasse.

Com base neste momento, falou-se com a restante equipa multidisciplinar. A médica, partilhando as mesmas dificuldades em comunicar com o doente, solicitou o apoio da psiquiatria, mesmo tendo-se noção que uma intervenção farmacológica

será pouco viável, não só pela recusa do doente, mas também pelo seu estado geral e prognóstico.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Creio que este momento de discussão foi bastante relevante e demonstra a importância da partilha e do trabalho de equipa. As situações vividas pelas pessoas não são lineares: são únicas e têm de ser reflectidas tendo como base essa individualidade.

Segundo a minha interpretação, a questão central não era a recusa de cuidados em si, mas sim o porquê dessa recusa. Por exemplo, não era alimentação em si, mas sim o motivo pelo qual o doente não quer ser alimentado: se por sintomatologia decorrente do percurso natural da doença, uma vez que o doente se encontra num estadio avançado da mesma, emagrecido e com anorexia; se por estar revoltado com mais uma recidiva da sua patologia, pelo agravamento do seu estado geral e maior dependência nas atividades de vida e, por isso, escolhe não ser alimentado para poder terminar com a sua vida de forma mais breve. Foram estas as questões que levaram a equipa a debater esta situação e qual a melhor forma de atuar, de modo a promover o bem-estar do doente e diminuir o seu sofrimento (e considerando que a esposa focou este aspeto como fonte de angústia).

Na minha opinião, é extremamente importante que haja espaço nas equipas para este tipo de partilha de dúvidas e inquietações. Isto permite refletir sobre qual a melhor abordagem de cuidados para o doente e família (que devem ser incluídos neste processo, sempre que possível), mas também para que os profissionais de saúde ventilem as suas angústias, ideias, dúvidas, diminuindo o risco de *burnout*. Creio que são igualmente momentos de crescimento, dado que a equipa reforça os seus laços, reforçando o espírito de trabalho e interajuda.

## **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

Uma equipa deve funcionar como um grupo de diferentes profissionais que trabalham em conjunto, partilhando objetivos comuns. A sua eficácia requer a integração dos conhecimentos e experiências de cada profissional, tendo em consideração as necessidades das pessoas a quem se presta cuidados (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

Neste sentido, creio que o facto de haver espaço para se discutir as situações, ouvindo cada um dos profissionais é bastante benéfico por diversos motivos: permite discutir o plano mais adequado para a pessoa alvo de cuidados e família, de acordo com as suas reais necessidades; possibilita que os profissionais falem sobre as suas perspetivas e inquietações; viabiliza momentos de discussão e crescimento e resulta como uma estratégia que previne sentimentos de exaustão. Esta importância de se estimular a articulação e comunicação na equipa multidisciplinar tem emergido como uma necessidade dos enfermeiros nas dissertações de Mestrado (Magalhães, 2014; Coelho, 2012). Défices a este nível constituem uma grande dificuldade, suscetível de prejudicar a prestação de cuidados de qualidade e, logo, o bem-estar de doentes, famílias e profissionais. Tornam-se, assim, importantes acções conjuntas para que os profissionais aprendam a comunicar e a colaborar uns com os outros (Li et. al, 2008).

Os problemas éticos são questões com as quais os profissionais se deparam frequentemente (Barbosa, 2010a). Deste modo, creio que é essencial que as equipas tenham momentos em que estas questões complexas são discutidas. Infelizmente, ainda nem sempre se vê abertura para isto entre os profissionais, motivo pelo qual me pareceu importante refletir sobre este momento.

A recusa demonstrada pelo doente foi interpretada como uma “má notícia” tanto pela esposa, como por profissionais, Este momento de partilha e discussão começou entre os enfermeiros, de forma espontânea e não planeada, após uma passagem de turno. Contudo, é de enaltecer que se abranja outros profissionais da equipa multidisciplinar nestes momentos. Tendo em conta este facto, posteriormente as preocupações discutidas foram partilhadas com a médica da equipa.

Para mim foi extremamente enriquecedor poder ter assistido e participado nesta discussão. Senti que as enfermeiras falaram sem ter receio de se expor ou de ser julgadas por aquilo que estavam a dizer: senti que havia inclusão e bem-estar que possibilitou esta partilha de inquietações.

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

Os cuidados paliativos submetem os profissionais de saúde a diversos fatores de *stress*, como por exemplo a comunicação de más notícias, os conflitos emocionais, a exposição repetida às perdas e à morte. Neste sentido, é fundamental estimular

estratégias que previnam o *burnout*: trabalho em equipa, fomentar a comunicação dentro da equipa, sinalizar os recursos adequados para cada situação, estabelecer metas realistas, entre outros (Twycross, 2003).

Existem decisões que colocam desafios não só ao próprio doente, seus familiares e amigos, mas também aos profissionais de saúde, como por exemplo a suspensão de tratamentos, as questões de futilidade terapêutica, a capacidade de tomada de decisão, a alimentação e hidratação artificiais, o consentimento informado, entre outros (Barbosa, 2010a). De certa maneira, as equipas também se deparam com más notícias.

Enquanto antigamente se vivia uma relação unilateral, em que os profissionais tinham capacidade plena de decisão, tem-se vindo a assistir a uma modificação gradual em que a pessoa e família são incluídas no processo e têm parte ativa no mesmo (antes decidia-se “pelo” doente, enquanto que agora se defende que se faça “com” o doente) (Pacheco, 2004). Fica patente a importância de se considerar o princípio da autonomia, de modo a que o doente ou o seu representante tenham a capacidade de decidir livremente, desde que estejam reunidas as condições para uma decisão informada, esclarecida e acompanhada (Barbosa, 2010a). Isto reforça a importância de existência de um verdadeiro consentimento informado (Pacheco, 2004). Contudo, deve-se considerar que a rejeição de informação ou de participação nas decisões é igualmente uma opção dos doentes que deve ser encarada como uma forma de expressão da sua autonomia (Gonçalves, 2009). Para além disso, é importante avaliar se o doente tem capacidade e competência legal para exercer a sua capacidade de escolha (Barbosa, 2010a).

Neste caso, o que motivou a discussão foi a recusa de cuidados por parte do doente, quer sejam prestados pela sua esposa, quer sejam prestados pelos profissionais de saúde. Mais especificamente, sobressaía a recusa na alimentação e na hidratação, o que causava alguma preocupação na esposa do doente, que se mostrava incomodada e se questionava se estaria a fazer algo de mal. Sendo que o doente não era autónomo na administração e alimentação e hidratação por PEG, recusava que a esposa ou os profissionais o fizessem, colocando a mão à frente. Tal como referido anteriormente, as enfermeiras sentiram necessidade de discutir em equipa se esta recusa estaria intrínseca à progressão da doença em si ou a outras

alterações do foro psiquiátrico que estivessem a motivar o doente a optar por não ter estes cuidados no sentido de acelerar a sua morte.

Há quem considere que a recusa voluntária na alimentação e hidratação sejam uma extensão do direito de recusa de tratamento e que os doentes têm direito em recusar tratamentos (Barbosa, 2010a). Neste sentido, deve-se investir na prestação de cuidados paliativos e de conforto, não havendo direito a impor a alimentação ou hidratação artificial. A anorexia que acompanha os doentes nesta fase pode facilitar esta decisão, existindo libertação de endorfinas com o jejum que contribuem para o conforto do doente e a xerostomia pode ser aliviada com o reforço de cuidados à mucosa oral (neste caso, o doente tinha uma PEG) (Gonçalves, 2009). Contudo, é necessário avaliar este pedido de cessação dado que, se este pedido tiver uma depressão como base, a decisão dificilmente se poderá considerar autónoma. Para além disso, na proximidade da morte poderão estar presentes alterações cognitivas que colocam em questão o facto de esta decisão ser voluntária (Barbosa, 2010a; Gonçalves, 2009).

Estes argumentos demonstram, assim, a complexidade inerente às questões éticas no fim de vida para todos os intervenientes. De acordo com a informação acima referida, fundamenta-se a preocupação das enfermeiras em interpretar o porquê da recusa e se haverá ou não alguma patologia do foro psicopatológico associada. Foi associado a este facto que a equipa solicitou o apoio do psiquiatra, de modo a que este pudesse fazer uma avaliação da situação.

Para além disso, é crucial esclarecer a esposa relativamente a estes fatores, dado que para ela esta recusa é interpretada como uma “má notícia”: questiona não só o comportamento do marido, mas também o apoio que lhe presta, sendo fundamental intervir a este nível.

## **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Todos os profissionais de saúde trabalham no seu quotidiano com tomadas de decisões/implicações éticas. As dificuldades a nível de gestão pessoal (como por exemplo, em gerir aspetos relacionais ou emocionais), organizacional (como os constrangimentos de tempo, o rácio inadequado enfermeiro-doente e as rotinas desadequadas), bem como o confronto e a resolução de conflitos de valores são aspetos que contribuem para a exaustão profissional (Barbosa,2010b).

Deverá haver uma comunicação aberta com a pessoa doente e familiares, de modo a compreender as suas necessidades, preocupações e adequar as medidas de maneira a diminuir o sofrimento e promover a qualidade de vida. Contudo, na situação em questão, foi perceptível que para além do doente apresentar compromisso ao nível da comunicação verbal, este limitava a sua comunicação não-verbal, desviando o olhar. Neste sentido, e face à recusa de administração de alimentação por PEG, a discussão em equipa sobre decisões de natureza ética são bastante importantes. Assim, a discussão em sessão clínica poderia ter sido benéfica, envolvendo todos os elementos da equipa multidisciplinar (Barbosa, 2010b).

É indispensável considerar que esta é uma situação que tem implicações para terceiros, causando sofrimento nos familiares. A esposa é a cuidadora de referência, sentindo medos e receios face ao agravamento progressivo e eventual proximidade da morte. Seria importante ouvir esta esposa, o que ela pensa e o que quer saber (dado que questiona o comportamento do marido) e reforçar que a equipa irá avaliar a situação. Para além disso, reforçar que, mesmo que o doente mantenha a recusa, este manterá o acompanhamento por parte da equipa de cuidados paliativos, tendo em vista o controlo de sintomas refractários (Gonçalves, 2009).

Este tipo de questões éticas causa igualmente impacto nos próprios profissionais de saúde, enaltecendo-se, por isso, a importância destas discussões (Twycross, 2003). Os profissionais têm eles próprios expectativas face aos cuidados e ao resultado das suas intervenções. Os profissionais poderão tentar compreender a recusa do doente, arranjando estratégias adequadas, alertando para os riscos subjacentes, mas sem haver qualquer tipo de coacção sobre o doente que toma essa decisão (Gonçalves, 2009; Pacheco, 2004). Contudo, é relevante avaliar a existência de algum contexto psicopatológico que possa estar subjacente à decisão do doente. O pedido de colaboração da psiquiatria foi algo extremamente importante, podendo-se incluir a avaliação desse profissional numa discussão conjunta e posterior delinear de intervenções. Contudo, o meu estágio terminou e não observei/particpei nesta etapa da prestação de cuidados.

## **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Em caso de uma situação semelhante acontecer de novo, creio que este momento de partilha e debate de ideias e inquietações poderia ter lugar numa reunião no seio da equipa multidisciplinar. Contudo, como referido anteriormente, é de enaltecer que nesta equipa os profissionais se sintam à vontade para expor as suas preocupações e dúvidas. Infelizmente, sinto que actualmente isso ainda não acontece na maior parte das equipas, seja por constrangimentos de tempo, falta de comunicação entre os diferentes profissionais, desmotivação, entre outros.

Poderia igualmente avaliar-se os recursos e serviços de apoio disponíveis e adequados para a situação, caso a esposa do doente não conseguisse prestar os cuidados no domicílio (seja por motivos profissionais, psicológicos ou emocionais) e, assim, evitar submeter o doente a uma nova vinda ao serviço de urgência.

É de reforçar que é fundamental que haja estratégias de prevenção de *burnout* e de promoção da comunicação na equipa multidisciplinar (Twycross, 2003): foi-me transmitido que, por vezes, se organizam iniciativas do foro recreativo de modo a que todos os elementos possam participar, fomentando o repouso, a restauração espiritual e o bem-estar.

Apesar de não ser este o caso, é essencial ter noção de que em situações mais complexas a nível ético, as equipas poderão considerar como opção solicitar o apoio da Comissão de Ética da instituição na qual desempenhem funções (Barbosa, 2010b).

Com esta situação, é possível verificar que, tal como defende Watson (2002) os enfermeiros são parte integrante da relação terapêutica, sentindo-se influenciados por esta.

## Referências Bibliográficas

- Barbosa, A. (2010a). Bioética e Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 723 – 748). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade Medicina Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010b). Processo de Deliberação Ética. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 693 – 722). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade Medicina Universidade de Lisboa.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). Trabalho em Equipa. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 761 – 772). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Coelho, M. (2012). *Comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI*. (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
- Gonçalves, J. (2009). *A Boa-Morte – Ética no Fim da Vida*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Li, J. et al. (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 2463 – 2470.
- Magalhães, L. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).



Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspectiva Ética*. 2ªed.  
Loures: Lusociência.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

# **APÊNDICE XVIII**

**Sondagem de Opinião de Diagnóstico de Situação**

O meu nome é Mafalda Ferreira e sou estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-cirúrgica, vertente de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito, estou a realizar um projeto de estágio cuja temática é transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, a qual foi identificada como uma necessidade formativa na sondagem de opinião por escrito que realizei anteriormente.

Este é um projeto formativo cuja realização tem o intuito de desenvolver competências na área referida e contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados neste serviço. De forma a identificar a importância de existir momentos de formação no serviço no âmbito desta temática e os aspectos a abordar na mesma, solicito o preenchimento do questionário que se segue, que é anónimo. A sua participação é fundamental para que o desenvolvimento deste projeto possa ir ao encontro das necessidades de formação e da promoção da melhoria de cuidados ao doente e família.

1. Considera que na prestação de cuidados a uma pessoa com doença oncológica e sua família surgem momentos de transmissão e gestão de más notícias?

<input type="checkbox"/>	- Sim
<input type="checkbox"/>	- Não

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Caso tenha respondido afirmativamente na pergunta anterior, se tiver um momento de transmissão e/ou gestão de más notícias que se recorde:

a) Refira as estratégias que utilizou para transmitir/gerir as más notícias

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Refira os aspetos que incluiu nos registos de enfermagem

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Quais são as dificuldades que sente nesta temática?

---

---

---

---

4. Tem formação no âmbito desta temática?

<input type="checkbox"/>	- Sim
<input type="checkbox"/>	- Não

5. Considera importante realizar formação no âmbito da transmissão e gestão de más notícias?

<input type="checkbox"/>	- Sim
<input type="checkbox"/>	- Não

Porquê?

---

---

6. Que aspetos gostaria que fossem discutidos numa sessão de formação sobre a transmissão e gestão de más notícias?

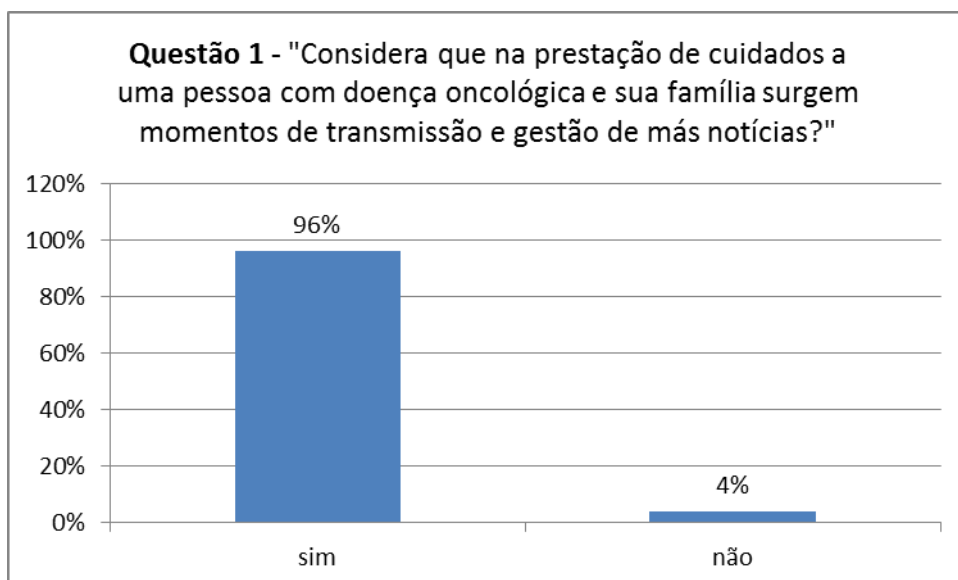
---

---

**Obrigada pela sua participação!**

# **APÊNDICE XIX**

**Resultados da Sondagem de Opinião de Diagnóstico de Situação**



**Questão 1** - Considera que na prestação de cuidados a uma pessoa com doença oncológica e sua família surgem momentos de transmissão e gestão de más notícias? – Porquê?

<i>Categoria</i>	<i>Frequência (nº)</i>	
Pela maior proximidade dos enfermeiros à pessoa/família	7	Sim (96 %)
Complexidade inerente à doença oncológica	6	
Necessidade de informar doente/família durante o percurso de vivência de doença	6	
Imprevisibilidade de momentos de transmissão/gestão de más notícias	2	
Necessidade de cuidados paliativos	1	
Necessidade de gestão de expectativas do doente/família	1	Não (4%)
Não surgem momentos de transmissão/gestão de más notícias	1	

**Questão 2 a)** – Refira as estratégias que utilizou para transmitir/gerir as más notícias

<i>Categoria</i>	<i>Frequência (nº)</i>
Manter a calma/Utilizar tom de voz calmo	7
Ter perceção dos conhecimentos que doente/família têm	7
Apoio ao doente/família e demonstrar disponibilidade para ouvir e esclarecer	6
Ser preciso e assertivo na informação transmitida	3
Privilegiar um ambiente calmo	3

Adequar a linguagem utilizada	3
Demonstrar uma resposta empática	2
Validação da expressão emocional	1
Incentivar o doente a questionar o médico assistente	1
Articulação com o médico assistente	1
Ausência de experiências de transmissão de más notícias	1

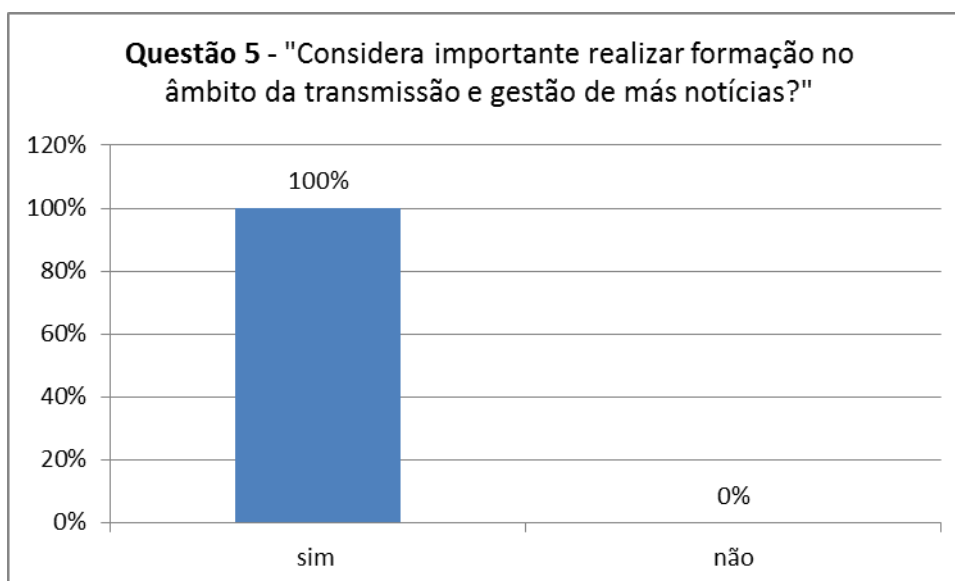
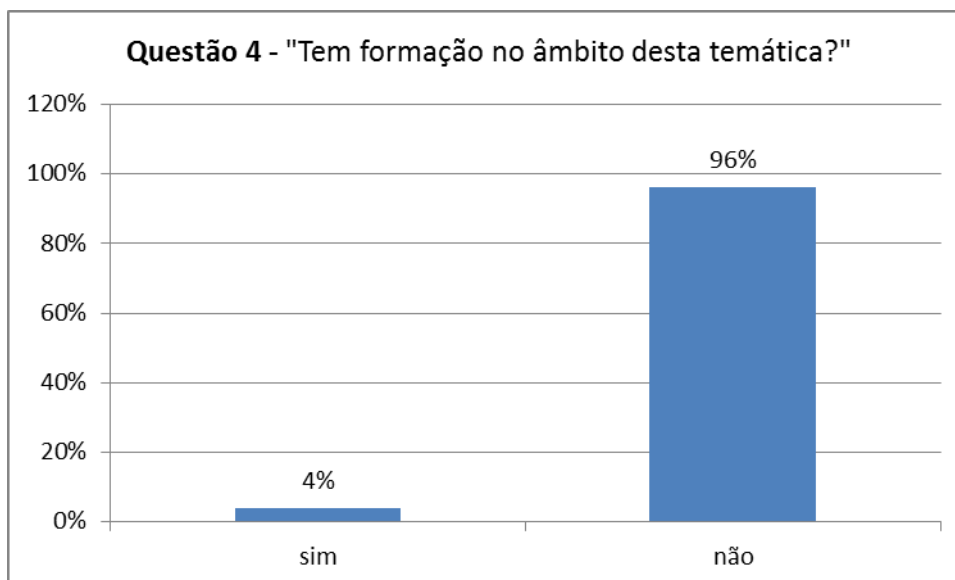
**Questão 2 b) – Refira os aspectos que incluiu nos registos de enfermagem**

<i>Categoria</i>	<i>Frequência (nº)</i>
Registo da resposta emocional/física por parte de doente/familiares	6
A temática não foi incluída nos registos de enfermagem	6
Questionários em que não se obteve resposta a esta pergunta	5
Prestado apoio emocional	3
Descrição da situação ocorrida	3
Qual o conhecimento prévio de doente/família quanto à situação vivida	3
Aquando de existência de situações de conflito com o doente/família	2
O sistema informático não tem parâmetros de registos inerentes a esta temática	1

**Questão 3 – Quais são as dificuldades que sente nesta temática?**

<i>Categoria</i>	<i>Frequência (nº)</i>
Défice de conhecimento dos enfermeiros na abordagem à temática	17
Dificuldade na gestão de reacções que podem advir da transmissão de uma má notícia	9
Falta de articulação na equipa multidisciplinar no apoio a doente/família	4
Ausência de privacidade/espço próprio	3
Escassez de tempo para comunicar com o doente/família	2
Dificuldade dos enfermeiros na sua gestão emocional	2
Necessidade de investimento em formação interna	1
Escassez de recursos humanos	1
Dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica com doente/família	1





**Questão 5 – Considera importante realizar formação no âmbito da transmissão e gestão de más notícias? – Porquê?**

<i>Categoria</i>	<i>Frequência (nº)</i>
Desenvolvimento de competências no âmbito da transmissão e gestão de más notícias	13
Desenvolvimento de estratégias que ajudem os profissionais na sua própria gestão emocional	6
A transmissão/gestão de más notícias ao doente oncológico/família é uma realidade frequente	6
Diminuir o impacto negativo que uma má notícia acarreta para o	2

doente/família	
Importância de realizar formação contínua	1
Promoção da adaptação à situação de doença e tratamentos	1

<b>Questão 6 – Que aspetos gostaria que fossem discutidos numa sessão de formação sobre a transmissão e gestão de más notícias?</b>	
<i>Categoria</i>	<i>Frequência (nº)</i>
Protocolos/ <i>guidelines</i> /estratégias de comunicação de más notícias ao doente/família	13
Definir as competências do enfermeiro na comunicação de más notícias	5
Estratégias de comunicação verbal e não-verbal	3
Discussão de casos práticos	3
Articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar	1
Ambiente adequado para a comunicação de más notícias	1
Estratégias de gestão emocional dos enfermeiros	1

# **APÊNDICE XX**

**Plano de Sessão de Formação**

**“Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: competência de enfermagem”**

## **Plano de Sessão de Formação**

“Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: competência de enfermagem”

**População-alvo:** Equipa de enfermagem de um serviço de Medicina de um hospital de Lisboa

**Datas:** 23 e 25 Janeiro 2017

**Duração:** 35 minutos

**Local:** Sala de reuniões de um serviço de Medicina

**Objetivo:** Abordar a competência de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização da sessão de formação;</li> <li>- A doença oncológica.</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em <i>PowerPoint</i> e videoprojector	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmissão e gestão de más notícias: competência de enfermagem;</li> <li>- Diagnóstico de necessidades formativas no serviço;</li> <li>- Desenvolvimento de competências na transmissão e gestão de más notícias;</li> <li>- A origem do protocolo S-P-I-K-E-S;</li> <li>- O protocolo S-P-I-K-E-S.</li> </ul>			25 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações Finais;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>			5 minutos

# **APÊNDICE XXI**

**Plano de Sessão de Formação**

**“Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: intervenção de enfermagem”**

## **Plano de Sessão de Formação**

“Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família: intervenção de enfermagem”

**População-alvo:** Equipa de enfermagem de um serviço de Medicina de um hospital de Lisboa

**Datas:** 30 e 31 Janeiro, 2017

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala de reuniões de um serviço de Medicina

**Objetivo:** Abordar a intervenção de enfermagem no âmbito da transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	- Contextualização da sessão de formação.	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em <i>PowerPoint</i> e videoprojector	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	- Transmissão e gestão de más notícias: intervenção de enfermagem; - <i>Checklist</i> com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias; - Discussão de uma situação.			20 minutos
<b>Conclusão</b>	- Considerações Finais; - Esclarecimento de dúvidas.			5 minutos

**Avaliação:** Realizada no final, com recurso à utilização de escala de *Likert*



# **APÊNDICE XXII**

***Poster*** “Transmissão e gestão de más notícias:

**Protocolo S-P-I-K-E-S”**

# Transmissão e gestão de más notícias: Protocolo S-P-I-K-E-S

Apesar da complexidade inerente à comunicação de más notícias, as etapas definidas pretendem ajudar o profissional de saúde a ter um plano de ação.

## Setting – Ambiente e planear a entrevista

- Privacidade (de preferência estar num espaço próprio e minimizar distrações);
- Envolver as pessoas significativas (se for o desejo da pessoa doente);
- Estar sentado (é menos intimidante, permite estar ao mesmo nível e ter contacto visual);
- Transmitir calma (comunicação verbal e não-verbal) e disponibilidade (tentar que não hajam interrupções).
- Escuta ativa (permitir silêncios, recorrer a repetições, encorajar o discurso).



## Perception – Avaliar a perceção do doente/família

- Antes de dizer, perguntar: compreender o que é que doente/família sabem sobre a situação de doença;
- “O que é que lhe disseram até agora?” ou “O que é que o preocupa sobre a sua situação?”
- Estar atento ao vocabulário e linguagem utilizados pelo doente/família nas respostas;
- Caso a pessoa esteja em negação, evitar confrontação caso seja uma primeira interação.

## Invitation – Compreender o que o doente/família querem saber

- Compreender o que é que o doente/família querem saber;
- Respeitar o que o doente/família querem ou não saber;
- Caso o doente/família não refiram diretamente o que desejam ter conhecimento, poderá fazer-se perguntas como: “O que é que deseja saber?”; “Que informações deseja ter conhecimento?”

## Knowledge – Dar conhecimento

- Dar “tiros de aviso”: “Infelizmente, tenho uma má notícia a dar-lhe...”; “Desculpe ter de lhe dizer que...”
- Utilizar o mesmo tipo de linguagem que a pessoa;
- Evitar terminologia técnica e fraccionar a informação que é transmitida;
- Não avançar com mais informação sem se ter a certeza se a pessoa está a compreender.

## Empathy – Validar e responder às emoções do doente/família

- Dar espaço à pessoa para expressar as suas emoções;
- Ouvir e identificar a emoção em causa;
- Identificar a causa da emoção;
- Exemplos: “Compreendo que não seja o que desejaria ouvir”; “Eu gostaria que as notícias fossem melhores”
- Validar a expressão emocional da pessoa: “É normal que se sinta assim”; “Não imagino o que será estar no seu lugar”.

## Strategy – Estratégia e resumo

- Certificar se a pessoa compreendeu o conteúdo da informação;
- Validar esta compreensão ao longo da interação;
- Realizar um resumo da informação sobre a qual se conversou;
- Dar espaço para que a pessoa possa expor dúvidas e para o seu esclarecimento;
- Caso não se possa/saiba responder, reforçar que responderemos assim que possível;
- Planear próximos passos de acompanhamento, se for o adequado.



# **APÊNDICE XXIII**

**Guia Orientador para os Enfermeiros sobre a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família**



# Guia Orientador para os Enfermeiros sobre a transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família

Trabalho elaborado pela Enf<sup>a</sup> Mafalda Ferreira no âmbito do 7<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação do Enf<sup>o</sup> Chefe Rui Santos e da Prof. Patrícia Alves

Fevereiro de 2017

## Índice

1. Contextualização	Pág. 3
2. Transmissão e gestão de más notícias: Intervenção de enfermagem	Pág. 6
2.1. Conhecer a pessoa com doença oncológica e família	
2.2. Uso de Documentos orientadores no âmbito da transmissão e gestão de más notícias	
2.3. Gestão do ambiente	
2.4. Gestão da comunicação verbal e não-verbal	
2.5. Registo de momentos de comunicação de más notícias	
3. Considerações Finais	Pág. 13
Referências Bibliográficas	Pág. 14

**Apêndice I:** *Checklist* com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias

## **1. Contextualização**

A doença oncológica processa-se pela vivência de diversas etapas: diagnóstico, estadiamento, definir e implementar tratamento, avaliar resposta ao tratamento, manter vigilância, eventual necessidade de palição. Apresenta um grande impacto não só na vida da pessoa doente, mas também da sua família, exigindo uma grande necessidade de readaptação face às mudanças de papéis, quer seja a nível pessoa, profissional, social, entre outros (Cassidy, Bissett & Obe, 2002). Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados em oncologia, realizando uma avaliação global das necessidades que a pessoa apresenta (Zamanzadeh et. al, 2014). A comunicação eficaz encontra-se na base da relação enfermeiro e pessoa doente (Watson, 2002) e constitui uma necessidade básica no cuidar do doente e família (Querido, Salazar e Neto, 2010), sendo possível aceder através desta aos significados que a pessoa atribui às suas vivências.

Com o aumento de incidência e prevalência de doenças crónicas, as técnicas de comunicação são um instrumento extremamente útil que pode constituir um elemento facilitador de adaptação. Torna-se importante definir que a comunicação terapêutica é a competência dos profissionais de saúde em utilizar os seus conhecimentos em comunicação para a prestação de cuidados, no sentido de apoiar a pessoa em crise

e promover a sua autonomia, pressupondo o desenvolvimento de relações interpessoais (Travado & Reis, 2015).

Embora a comunicação esteja presente em tudo na nossa vida, os aspetos comunicacionais no contexto de saúde/doença tomam um significado especial (Barbero et al, 2005).

A comunicação em oncologia é, assim, um pilar fundamental nos cuidados à pessoa com doença oncológica, incluindo-se a temática da transmissão e gestão de más notícias nesse domínio. As más notícias vão ocorrendo ao longo de todo o processo de doença, assumindo o enfermeiro não só o papel de transmissor, como também de gestor das más notícias que são transmitidas por outros profissionais de saúde.

Uma má notícia constitui toda a informação que apresente um impacto negativo para a pessoa e que contribua para mudar as suas expectativas relativamente ao futuro, acarretando consequências significativas para o doente e família (Buckman, 2005). A classificação de uma má notícia não se limita à transmissão de um diagnóstico ou prognóstico, sendo algo que depende das características, experiências e contextos vividos por cada pessoa: esta classificação é subjetiva e individual (Travado & Reis, 2015).

O processo de transmissão de más notícias é, por si, desafiador e complexo, suscetível de ser fonte de desconforto tanto para a pessoa e família, como também para o profissional

(Buckman, 2005). A falta de prática, desconforto e insegurança associados podem fazer com que os profissionais evitem os doentes e tem repercussões negativas nos resultados dos cuidados (Querido, Salazar & Neto, 2010).

As técnicas comunicacionais, mais especificamente no âmbito da transmissão das más notícias, são algo que pode ser aprendido. A experiência por si só não é o suficiente para melhorar a comunicação com o doente e família: é necessário associar a formação para que se desenvolvam competências nesta área (Arnold & Koczwara, 2006), havendo protocolos cientificamente validados que suportam o profissional nesta prática, como por exemplo o protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005). Tal é essencial dado que os profissionais de saúde não só têm de intervir no âmbito da transmissão e gestão de más notícias aos doentes e famílias, como também têm de gerir os seus próprios medos, inseguranças e emoções (Lopes & Graveto, 2010).

Os enfermeiros assumem um papel preponderante neste processo de transmissão e gestão de más notícias, pela proximidade e período de tempo que passam com a pessoa doente e seus familiares. Estes momentos de comunicação de más notícias podem surgir de forma não planeada durante a prestação de cuidados. Para além disso, mesmo que seja outro profissional de saúde a transmitir determinada má notícia, são aos enfermeiros que, muitas vezes, têm de lidar com a gestão



de tudo aquilo que daí pode advir, seja cognitiva ou emocionalmente.

No Código Deontológico do Enfermeiro, o artigo 83º evoca o direito ao cuidado e o artigo 84º evoca o dever de informar (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Assim, é fundamental que os enfermeiros estejam preparados para transmitir/gerir más notícias, dado que esta temática se encontra incluída no domínio das competências de enfermagem, procurando dar apoio ao doente oncológico e sua família de forma adequada, transmitindo segurança e promovendo uma parceria nos cuidados e uma mobilização ativa de recursos (Lopes & Graveto, 2010; Warnock et. al, 2010; Warnock, 2014).

Este guia surge como um documento que pretende apresentar linhas orientadoras para os enfermeiros no que diz respeito à transmissão e gestão de más notícias em oncologia, incidindo na importância: do conhecimento que o enfermeiro tem da pessoa a quem presta cuidados e sua família, da gestão do ambiente e do uso de estratégias de comunicação verbais, não-verbais e paraverbais. Para além disso, apresenta alguns protocolos de atuação existentes no âmbito desta temática e uma proposta com a sistematização das estratégias que podem ser utilizadas pelos enfermeiros aquando da transmissão e gestão de más notícias. Reforça-se igualmente a importância de se registar a intervenção de enfermagem aquando da transmissão e gestão de más notícias À pessoa com doença oncológica e família

## **2. Transmissão e gestão de más notícias: intervenção de enfermagem**

### **2.1. Conhecer a pessoa com doença oncológica e família**

Para prestar cuidados centrados na pessoa é necessário conhecer a pessoa e a sua família, identificar o que sabe/não quer saber sobre a sua situação de doença, qual o significado que lhe atribui, quais são suas dúvidas, medos ou incertezas. Pretende-se assim “(...) proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual o sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas” (Watson, 2002, pág. 96).

Para além disso, é igualmente fundamental ter conhecimento da situação de doença vivida pela pessoa, qual o plano de cuidados construído, enaltecendo-se a importância não só da articulação multidisciplinar, mas também do papel ativo de doente/família.

### **2.2. Uso de Documentos orientadores no âmbito da transmissão e gestão de más notícias**

No âmbito da comunicação de más notícias, existem documentos orientadores de atuação, sendo o protocolo S-P-I-K-E-S o mais utilizado (Buckman, 2005):

- ✓ *Setting* (ambiente e planejar a entrevista);
- ✓ *Perception* (avaliar a percepção do doente/família);
- ✓ *Invitation* (compreender o que doente/família querem saber);
- ✓ *Knowledge* (dar conhecimento);
- ✓ *Empathy* (validar e responder às emoções do doente/família);
- ✓ *Strategy/summary* (estratégia e resumo) (Buckman, 2005).

Enaltece-se a importância de se adaptar a intervenção consoante as características e cultura da pessoa.

Neste protocolo são utilizadas algumas técnicas, das quais destaco o chamado “tiro de aviso”: lançar algumas pistas para a pessoa de que irá ser comunicado algo desagradável (Buckman, 2005).

É importante que a informação transmitida seja fraccionada, de modo a dar tempo para que a pessoa processe e compreenda o seu conteúdo. Não se pretende dar falsas esperanças nem expectativas irrealistas à pessoa, mas é fundamental manter a esperança de que estará sempre acompanhada (Twycross, 2003).

Apesar do protocolo S-P-I-K-E-S ser uma ferramenta extremamente útil enquanto guia orientador e a mais utilizada enquanto orientadora da intervenção de enfermagem, parece estar construída para situações de entrevista que possam ser planeadas. Contudo, na prática de enfermagem, as interações e momentos de transmissão e gestão de más notícias surgem, muitas vezes, espontaneamente. Isto faz com que não seja possível planejar estes momentos, sendo necessário que o enfermeiro tenha capacidade para gerir as estratégias de comunicação que permitam dar resposta às necessidades das pessoas. Deste modo, faz igualmente sentido apresentar um “protocolo de enfermagem” e a *checklist* de estratégias construída com base na literatura, na observação da prática e na experiência profissional (Apêndice I). Pretende-se sistematizar as estratégias na transmissão e gestão de más notícias dirigidas à prática de enfermagem e que considero poder ser um auxílio para os enfermeiros no seu quotidiano da prestação de cuidados. Não se pretende que seja uma ferramenta rígida, dado que todos os momentos são adaptados à individualidade da pessoa/família e da situação que vivem, mas sim que ajude a estruturar a intervenção de enfermagem, bem como a reflexão sobre a mesma.

### **2.3. Gestão do ambiente**

Privilegia-se que o espaço envolvente seja o mais calmo possível (minimizar ruídos, adequar temperatura, evitar presença de pessoas estranhas, entre outros), salvaguardando a privacidade da pessoa doente e família. Deverá ter-se em conta os constrangimentos de tempo, bem como tentar evitar interrupções (Buckman, 2005). Deste modo, o mais indicado seria que houvesse um espaço próprio para comunicar com os doentes e seus familiares.

Dado que, muitas vezes, estes momentos de comunicação de más notícias surgem durante a prestação de cuidados, os profissionais têm de adaptar a situação consoante o contexto em questão, tentando manter as características ambientais acima referidas.

### **2.4. Gestão da comunicação verbal e não -verbal**

Mesmo que inconscientemente, o ato de comunicar influencia o outro. A pessoa doente encontra-se num momento de crise, caracterizado por maior vulnerabilidade, e o enfermeiro influencia-a com o seu papel profissional (Phaneuf, 2002). Tal justifica a importância de uma utilização consciente desta técnica, uma vez que tudo o que é falado, demonstrado ou visto comunica algo à pessoa doente e que é alvo de interpretação. Deste modo, a comunicação é apontada como um processo

complexo na relação terapêutica que é influenciado por ambos os intervenientes, seu historial, experiências e contexto (Barbero et. al, 2005).

Assim, é importante que o enfermeiro tenha noção da influência que a sua comunicação não-verbal tem num momento de interação com um doente e/ou familiar. Existem sinais que enviamos que não conseguimos controlar (como por exemplo, ficar ruborizados durante uma conversa), mas existem outros que são voluntários, como olhar a pessoa nos olhos. É importante estar atento aos movimentos corporais e à postura, dado que nenhum desses fatores é destituído de significado ou de sinais que são enviados à outra pessoa. Neste sentido, é fundamental ter uma postura de escuta ativa: considerar o contacto visual e a expressão facial, estar ao mesmo nível, evitar distrações ou posturas de desinteresse, evitar cruzar os membros superiores e inferiores, entre outros. Para além disso, é importante estar atento aos sinais não-verbais emitidos pela pessoa com quem estamos a comunicar de modo a interpretá-los (Phaneuf, 2002; Querido, Salazar & Neto, 2010; Riley, 2012; Stefanelli, 2005b; Travado & Reis, 2015).

Deve-se ainda frisar a importância da comunicação paraverbal, isto é, o uso da voz, o tom utilizado, as vocalizações. O som da voz é muito expressivo e o seu timbre traduz personalidade: “A voz, tal como um instrumento subtil, vibra com a emoção; está em ligação com o que sentimos” (Phaneuf, 2002, p. 39).

Relativamente à comunicação verbal, é essencial adaptar o vocabulário à pessoa com a qual estamos a contactar. Deve-se evitar terminologia técnica, excepto se a pessoa com a qual estamos a comunicar for profissional de saúde. Para além disso, é importante ter em consideração aspetos como:

- Não falar sem compreender aquilo que a pessoa sabe e quer saber;
- Possibilitar silêncios;
- Clarificar ideias;
- Evitar perguntas de resposta sim/não;
- Ser concreto;
- Dividir a informação em partes;
- Devolver a pergunta feita;
- Utilizar verbalizações mínimas para encorajar o discurso da pessoa (“hummm” e “sim...”);
- Repetir uma palavra que a pessoa tenha dito no final da última frase;
- Estar atento ao conteúdo emocional subjacente ao discurso da pessoa;
- Validar que a pessoa compreendeu o que foi dito.

(Phaneuf, 2002; Querido, Salazar & Neto, 2010; Riley, 2012; Stefanelli, 2005b; Travado & Reis, 2015).

## **2.5. Registo de momentos de comunicação de más notícias**

Enaltece-se igualmente a importância de se assegurar a continuidade dos cuidados, registando as intervenções e observações efetuadas. Propõe-se o registo de aspectos como:

- ✓ O teor do assunto abordado;
- ✓ O que o doente/família sabiam e/ou queriam saber;
- ✓ A Informação que foi transmitida e como;
- ✓ As emoções expressas e a sua validação;
- ✓ As dúvidas esclarecidas;
- ✓ A necessidade de articulação com outros profissionais de saúde;
- ✓ Tudo aquilo que se justifique de modo a assegurar a continuidade de cuidados e adequar os cuidados às características da pessoa e família em questão.



### **3. Considerações Finais**

A falta de competências e de treino no âmbito da transmissão e gestão de más notícias poderá contribuir para exacerbar respostas emocionais da pessoa doente e família, bem como para impedir a confiança na relação entre estes e o enfermeiro e aumentar os níveis de insatisfação com os cuidados. Para além disso, contribui igualmente para aumentar os níveis de *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde (Onan et. al, 2015).

Ao desenvolver aptidões comunicacionais, os enfermeiros poderão ter um impacto significativo no cuidar da pessoa com doença oncológica e família, acedendo à pessoa enquanto ser multidimensional e tentando compreender o impacto que a vivência da doença tem para si. Contudo, é fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências de modo a saberem lidar com a complexidade da prestação de cuidados em oncologia e, logo, com assuntos que envolvam a transmissão e gestão de más notícias (Baer, 2013).

## Referências Bibliográficas

- Abbaszadeh, A. et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7 (17), p. 1 – 7.
- Arnold, S. & Koczwara B. (2006). Breaking Bad News: Learning Through Experience. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (31), p. 5098 – 5100.
- Baer, L. (2013). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Oncology Nursing Society*, 17 (3), 45 – 51.
- Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Editorial Just in Time S. L.
- Bayle, W. & Parker, P. (2011). Breaking Bad News. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.). *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 – 112). Oxford: Oxford University Press.
- Becze, E. (2010). Strategies for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *ONS Connect*, p. 14 – 15.

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), p. 138 – 142.
- Cassidy, J., Bissett, D., Obe, R. (2002). *Oxford Handbook of Oncology*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12 (10), p. 495 – 497.
- Eid, Ahmed et. al (2009). “Breaking Bad News: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. *Journal of Cancer Education*, 24 (2), p. 154 – 159.
- Hallenbeck, J. & Periyakoil, V. (2011). Intercultural communication in palliative care. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 389 – 398). Oxford: Oxford University Press.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients with Cancer. *Clinical Journal of Nursing Oncology*, 14 (4), p. 514 – 516.

- Li, J. et al. (2008). To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 2463 – 2470.
- Lopes, C. & Graveto, J. (2010). Comunicação de notícias: receios de quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2), p. 257 – 263.
- Magalhães, L. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*, 23 (31), p. 51 – 57.
- Palmer, C. & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9 (9), p. 24 – 27.
- Pires, R. (2013). *Transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular* (relatório de estágio não publicado existente no repositório da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

Onan, N., Barlas, G., Karaca, S., Yildirim, N., Taskiran, O. & Sumeli, F. (2015). The Relations Between Perceived Stress, Communication Skills and Psychological Symptoms in Oncology Nurses. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5 (3), 170 – 177.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: OE.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 461 – 486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão de Más Notícias na perspetiva do Enfermeiro* (dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Riley, J. (2012). *Communication in Nursing*. 7ª Ed. Estados Unidos da América: Elsevier Mosby.

- Stefanelli, M. (2005b). Estratégias de comunicação terapêutica. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 73 – 104). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (p. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Valizadeh, L., Taleghani, F., Howard, A. & Jeddian, A. (2014). Truth-telling and hematopoietic stem cell transplantation: Iranian nurses' experiences. *Nursing Ethics*, 21 (5), p.518 – 529.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), p. 51 – 58.
- Warnock, C., Tod., A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p. 1543 – 1555.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Zamanzadeh, V. et. al (2014). Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. *Indian Journal of Palliative Care*, 20 (1), p. 12 – 20.

## Apêndice I

*Checklist* com estratégias utilizadas pelos enfermeiros na transmissão e gestão de más notícias

→ **Antes de estabelecer uma interação com a pessoa e/ou família**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Está familiarizado(a) com informação relevante sobre a pessoa doente e sobre o plano de cuidados (avaliação inicial, antecedentes pessoais e familiares, registos de enfermagem e clínicos, reuniões multidisciplinares, entre outros);			
- Caso seja interpelado pela pessoa doente e/ou familiar de modo não			

planeado, solicita um momento para reunir a informação necessária de modo a responder às solicitações de forma mais adequada;			
- Para além do enfermeiro, encontra-se presente apenas um interlocutor (doente ou familiar);			
- Apresenta-se à pessoa doente e/ou família;			
- Promove um ambiente calmo (minimizar ruídos, evitar presença de pessoas estranhas, luz e temperaturas adequadas);			
- Possibilita que as pessoas significativas estejam presentes, caso seja o desejo da pessoa com doença oncológica;			
- Salvaguarda a privacidade da pessoa com doença oncológica e família;			
- Transmite uma postura de disponibilidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Existem cadeiras para se sentarem, se possível;</li> <li>→ Mantém-se contacto ocular, sem fixar a pessoa nos olhos de forma longa;</li> <li>→ Solicita-se a terceiros para que não haja interrupções;</li> </ul>			



→ Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;			
<p>- Caso não tenha havido possibilidade de planeamento:</p> <p>→ Tenta-se estar no mesmo plano da pessoa, eliminando posturas que transmitam planos hierárquicos;</p> <p>→ Fecha-se as cortinas caso se esteja na enfermaria;</p> <p>→ Não se olha para o relógio e/ou telemóvel;</p> <p>→ Caso ocorram interrupções, pede-se desculpa, validando-se que se retomará o momento, assim que possível;</p>			

→ **O decorrer de uma interação com a pessoa e/ou família**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Avalia/identifica qual a perceção/informação que a pessoa doente e/ou família têm da situação de doença oncológica;			
- No caso de estar a interagir com dois interlocutores (doente e familiar):			

<p>→ Avalia se apresentam necessidades de informação diferentes;</p>			
<p>- Preocupa-se em usar um vocabulário e adotar uma proximidade adequadas à cultura e experiências das pessoas em questão;</p>			
<p>- Adequa-se o tom de voz;</p>			
<p>- Tem em consideração a sua comunicação não-verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Músculos faciais relaxados, evitando-se franzir as sobrancelhas;</li> <li>→ Evitam-se maneirismos com as mãos;</li> <li>→ Movimentam-se os membros superiores e inferiores de modo suave, evitando cruzá-los;</li> <li>→ Evita-se estar a bater com os pés no chão.</li> </ul>			
<p>- Utiliza palavras e frases adequadas à compreensão da pessoa/família, de modo a que não se verifiquem mal-entendidos ou interpretações múltiplas;</p>			
<p>- Clarifica a linguagem verbal e não-verbal (“Parece-me que o que está a dizer é...”);</p>			

- Identifica aquilo que a pessoa doente/família querem saber;			
- Prepara a pessoa doente/família para a receção e/ou gestão de uma má notícia (“dar tiros de aviso”);			
- Dá tempo à pessoa doente/família para se prepararem;			
- Transmite a informação de forma clara;			
- Avalia o modo como a pessoa/família estão a perceber a notícia;			
- Realiza uma escuta ativa (permitir pausas e silêncios, repetir informação importante, manter uma postura corporal que transmita recetividade);			
- Utiliza expressões que permitam que a pessoa doente e/ou família identifiquem que está atento ao que falam (“Continue...”, “Estou a ouvi-lo” por exemplo);			
- Evita a realização de perguntas que estimulem respostas de “sim” e/ou “não”;			
- Dá espaço para que a pessoa doente/família expressem emoções;			
- Está atento às emoções do doente/família;			

- Responde de forma empática às emoções da pessoa doente/família, validando que é natural ter reações emocionais (“É natural que esta informação o deixe perturbado”, por exemplo);			
- Avalia a congruência entre as comunicações verbal e não-verbal apresentadas pela pessoa;			

→ **Conclusão de uma interação**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
- Valida que a pessoa doente e/ou familiar compreenderam a informação transmitida;			
- Realiza um resumo daquilo que foi abordado;			
- Esclarece dúvidas;			
- Compromete-se a responder, assim que possível, às questões para as quais nesse momento não tem resposta;			
- Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa doente e família;			
- Regista este momento de interação em			

notas de enfermagem e passado oralmente em passagem de turno.			
---	--	--	--

Observações:

---

---

---

---

**Legenda:**

**N/A:** Não aplicável

# **APÊNDICE XXIV**

**Folha de Avaliação das Sessões de Formação num Serviço de  
Medicina**

**- Avaliação de Sessão de Formação -**

	<b>Discordo Plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
A sessão de formação foi apresentada de forma clara					
Os conteúdos apresentados foram adequados para a temática em estudo					
Os recursos utilizados para a apresentação foram apropriados					
A sessão de formação foi útil para a prática de cuidados de enfermagem					

• Considera que esta sessão trouxe contributos para a sua prática?

Sim

Não

• Se respondeu afirmativamente na resposta anterior, que contributos?

# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

**Artigo Científico “*Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study*” (Caswell et. al, 2015)**

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study

Glenys Caswell<sup>1\*</sup>, Kristian Pollock<sup>1</sup>, Rowan Harwood<sup>2</sup> and Davina Porock<sup>3</sup>

## Abstract

**Background:** This paper focuses on communication between hospital staff and family carers of patients dying on acute hospital wards, with an emphasis on the family carers' perspective. The age at which people in the UK die is increasing and many continue to die in the acute hospital setting. Concerns have been expressed about poor quality end of life care in hospitals, in particular regarding communication between staff and relatives. This research aimed to understand the factors and processes which affect the quality of care provided to frail older people who are dying in hospital and their family carers.

**Methods:** The study used mixed qualitative methods, involving non-participant observation, semi-structured interviews and a review of case notes. Four acute wards in an English University teaching hospital formed the setting: an admissions unit, two health care of older people wards and a specialist medical and mental health unit for older people. Thirty-two members of staff took part in interviews, five members of the palliative care team participated in a focus group and 13 bereaved family carers were interviewed. In all, 245 hours of observation were carried out including all days of the week and all hours of the day. Forty-two individual patient cases were constructed where the patient had died on the wards during the course of the study. Thirty three cases included direct observations of patient care. Interviews were completed with 12 bereaved family carers of ten patient cases.

**Results:** Carers' experience of the end of life care of their relative was enhanced when mutual understanding was achieved with healthcare professionals. However, some carers reported communication to be ineffective. They felt unsure about what was happening with their relative and were distressed by the experience of their relative's end of life care.

**Conclusions:** Establishing a concordant relationship, based on negotiated understanding of shared perspectives, can help to improve communication between healthcare professionals and family carers of their patients.

**Keywords:** Acute hospital, Compliance, Concordance, End of life care, Family caregivers, Family carers, Older people, Staff-carer communication

\* Correspondence: [glenys.caswell@nottingham.ac.uk](mailto:glenys.caswell@nottingham.ac.uk)

<sup>1</sup>School of Health Sciences, University of Nottingham, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK

Full list of author information is available at the end of the article

## Background

The age at which people die is increasing, with 36.2 % of deaths in England in 2011 occurring in people over 85 years of age [1]. Current English policy promotes death at home as the favoured option [2]. It has been estimated that by 2030 44 % of deaths will be of individuals over the age of 85, and that the number of deaths which occur in acute hospitals will increase from the current 58 % to 65 % [3]. General hospitals are designed to treat and cure acute illness rather than care for dying patients, many of whom are infirm, frail and may be confused. This raises concerns that the hospital environment is

inappropriate for the provision of end of life care for patients and their families, and that the quality of end of life care in acute hospitals is sometimes inadequate [4–9]. Communication is a specific aspect of care which is reported as poor [4, 7,10]. A recent review reported that professionals still used incomprehensible language, lacked the skills to deliver bad news and patients and families viewed professionals as being too busy to be available to talk [11]. Poor communication in healthcare settings is not a new issue, as it has long been recognised that discussing death and dying with patients and carers is difficult for healthcare professionals [12]. At the same time

### Case study: PO104

PO104 was admitted with severe dementia and an infected wound. She developed kidney failure and pneumonia. A DNACPR order was signed and three days later it was recorded in her notes that care was primarily palliative. One of the doctors spoke to her family, informing them that her prognosis was 'very guarded' and he recorded in her notes that they understood. A few days later the doctor spoke to the family about LCP; they were against stopping treatment and at this time the doctor decided to continue active care. Open visiting hours were in place for PO104's family. Consultant recorded 'I suspect  $\leq 50/50$  (survival) regardless of what we do'. PO104 had a buprenorphine patch to help alleviate pain, but her family were recorded in her notes as disapproving of this. The ward recorded that after discussion the patient's son 'seemed to accept this', but family stated during interview that they did not agree to its use. The possibility of the patient's being fast tracked home to die was discussed and explored, but did not happen. Three weeks after admission PO104 was placed on the LCP, and according to her medical notes her daughter in law was informed. At this point she was to be treated symptomatically and all observations were to be stopped. The following day it was recorded in PO104's medical notes that the doctor had talked with the family about LCP, and that they wanted her to be given fluids but not analgesia. PO104 died four days later, and her family arrived on the ward shortly after her death. During an interview with PO104's son and daughter in law it was clear that they did not understand that she had been placed on the pathway with the goal of ensuring she was kept comfortable throughout the inevitable process of dying, and they thought that she was being actively treated until the moment of her death. While PO104 was on the LCP, her daughter in law queried with a doctor why nurses were no longer carrying out observations. The doctor told her that it was no longer necessary to do so, but the carer thought the doctor was simply 'sticking up for' the nurses, and their poor care. There was a high level of misunderstanding between what the family were told, what they understood and what medical and nursing staff thought the family understood. PO104's family were unaware of the DNACPR order and would not have agreed to it. Staff members who were interviewed and spoke about this family described them as not being 'on the same page' as staff; as being 'in denial'; as being 'a little bit strange'.

Fig. 1 Case study: PO104

it is also recognised that good communication is a vital ingredient of end of life care, and that training in communication skills is necessary [13, 14].

Poor communication between hospital staff and family carers (henceforth carers) can cause distress and dissatisfaction, and is a common topic of NHS complaints [15]. A recent audit of care of the dying in English hospitals carried out by the Royal College of Physicians supports the view that there is room for improvement. For example, in only 57 % of cases was there documented evidence that the plan for care whilst the patient was dying was communicated with the patient and their nominated relative or friend [10]. Lack of effective communication between professionals and patients and carers was also a key finding of the **More Care, Less Pathway** report [16]. The review which preceded this report was prompted by concerns about the implementation of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP) [17]. At the time of data collection the study hospital used the LCP, an integrated care pathway developed to transfer best practice in the care of dying patients from the hospice to other settings. The LCP was developed during the 1990s, and offered a pathway which could be used to plan individualised care for dying patients. One of its key emphases is on the importance of effective communication and the need to prioritise communication with families when a dying patient is placed on the pathway [18]. The **More Care, Less Pathway** report recommended the withdrawal of the LCP on a number of grounds. One of these was the lack of communication with staff reported by carers as their relatives were dying, as well as a lack of consideration shown by healthcare professionals to both patients and carers towards the end of life [16].

Effective communication is a key component of good end of life care, enabling patients and their family carers to understand what is happening and to adjust to their new situations. Professional bodies regulating medical and nursing practice emphasise the importance of communicating well with patients and carers and of doing so in non-technical language that may be easily understood [19, 20]. However, hospitals are reported to lack formal procedures or requirements for involving carers in decision making. For example, relatives in one United States study complained that they were neither informed nor consulted about treatment decisions for their relative [21].

Delivering bad news to patients and their families is a difficult task especially in the acute hospital setting which presents a challenging environment with limited access to privacy and little time for health professionals to establish a relationship with patients and families [22–24]. When a frail older person is approaching the end of life the physician/patient dyad expands to

include carers, who may act as proxy for the patient in cases where the patient is too ill to discuss end of life care options. In addition to knowing **how** to talk to patients and families about approaching death, professionals also need to be able to assess **whether** a particular individual wishes to discuss end of life issues and **when** the time is appropriate to enter into such a discussion [25, 26].

Informing patients and their families that death is expected is often done by a senior clinician, but in practice less senior doctors may take on this responsibility. Nurses usually take the supporting role in this context, for example providing further explanations or clarifications for patients and their carers. However, nurses have also been identified as having a key role in breaking bad news when there is a sudden or unexpected event, such as death being recognised as imminent [27] or death occurring during the night when the family were not present. Communication is, therefore, a key task for all healthcare professionals involved in the care of dying patients.

Communication involves the sending and receiving of messages between two or more individuals during which each participant endeavours to make sense of the interaction and decides how to react and respond [28]. Participants in the process are not equal, however, and in a hospital setting healthcare professionals have more power than patients or their carers. This power is derived from the status and authority that doctors in particular have, based on their professional expertise and the role that they fulfil in the hospital setting [29]. Despite significant attempts through professional education, carers may still find it difficult to raise their worries with clinicians within the context of a conversation which is led by the professional and in which carers are often perceived as the passive recipients of information, rather than as active participants to a shared discussion [28]. This is particularly true in the context of discussing dying.

There has been little research focusing specifically on communication between hospital staff and the family carers of patients [7, 8, 30–34]. This paper makes a significant contribution to knowledge of the topic through the discussion of research findings with reference to processes of communication between members of staff and family carers of patients who died on the wards.

## Methods

The study design was qualitative, using an ethnographic approach, utilising mixed methods of non-participant observation, semi-structured interviews with health professionals and bereaved carers, and a review of medical and nursing notes [35].

### Data collection

The setting for the study was four wards in an English university teaching hospital. One ward was an acute admissions ward (Ash; both sexes in separate bays), one was a specialist medical and mental health unit for older people with cognitive impairment (Oak; both sexes in separate bays) and two were health care of older people wards (one male: Elm, one female: Fir). Across the four wards 245 hours of non-participant observation were carried out on all days of the week and across the 24 hours of the day. Particular attention was paid to interactions between staff and carers, providing a rich source of data to complement interviews with carers on the issue of carer/staff communications. Thirty-two semi-structured interviews were conducted with members of staff, and one focus group was held with five members of the palliative care team. Table 1 shows the characteristics of the wards.

Patient cases were compiled featuring 42 patients who died on the study wards during the course of the research. The care of 33 case patients as they were dying was the focus of observations, and the case notes of these plus a further nine patients who died on the study wards were reviewed, making a total of 42 patients. Their characteristics are shown in Table 2. The family carers of the 39 patient cases who had relatives were invited to take part in an interview, resulting in interviews with 13 bereaved family carers, discussing the end of life care of 11 patients. Inclusion criteria for these interviews included relatives and carers of older patients, so that participants were family members who may, or may not, have provided care for the patient. Each patient case was formed of at least two different data-types including case notes, observations and carer interviews. Approximately ten percent of cases did not have family members who could be invited to participate in an interview. Interviews were conducted by one of two members of the research team.

### Data analysis

Field notes from observations were written up and narratives were constructed from the case notes accessed. Research interviews were, with the permission of the participant, recorded and then transcribed. Transcriptions

were checked to ensure the anonymity of participants and patients, and all data were imported into NVivo 10 for analysis. Analytic procedures were based in the constant comparative method, making comparisons at each stage of the analytic process [35]. Initial coding was undertaken and this was followed by further unpacking of the nodes. Two members of the research team worked on the analysis, and 76 % of data sources were coded separately by two individuals at the stage of initial coding.

### Ethical issues

Ethical approval was obtained from Nottingham 1 NHS Research Ethics Committee, and the authority to access the case notes of deceased patients was obtained from the National Information Governance Board. Written informed consent was obtained from participants prior to interview. For the non-participant observations a process of opting out was used, whereby all participants were given information about the study and an opt out form to indicate their wish not to be involved. Posters and flyers were also displayed prominently on participating wards.

Wards referred to in this paper have been given pseudonyms to maintain their anonymity. Patients are referred to by their study ID, family carers are referred to by their relationship with the patient and health professionals by their role and ward.

### Results

Thirty of the 42 patients whose notes were reviewed in the course of the research were placed on the LCP. All but one of the patients had in place a Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation order at the time of death, intended to prevent unnecessary and futile intervention in the event of a cardiac arrest [36]. All such orders were signed by the clinician responsible for the patient's care, and in 14 cases it was noted that the issue had been discussed with the patient's family. Although staff members who were interviewed were aware of advance care planning and, in some cases, saw it as something desirable for frail, older patients with multiple comorbidities, none of them had worked with patients who had any kind of advance plan in place.

**Table 1** Ward characteristics

Pseudonym	Oak	Ash	Elm	Fir
Type of ward	Medical and Mental Health Unit (MMHU)	Acute Admissions Unit (AMU)	Health Care of Older People (HCOP) Male patients	Health Care of Older People (HCOP) Female patients
Number of beds	28	42	23	28
Approx. number of staff	45	75	31	38
Number of deceased patients whose notes accessed	17	10	6	9

Ward characteristics

Table 2 Patient characteristics

Ward	Dementia diagnosis	Number of patient cases	Average age of patients (range)	Male patients	Female patients	Average length of stay in days (range)	Patients with DNACPR	Patients on LCP
Oak MMHU	Dementia	11	83	7	4	21 (5–38)	11	9
	No dementia	6	81	4	2	19 (6–50)	5	4
Ash (AMU)	Dementia	2	86	2	0	3 (2–4)	2	1
	No dementia	8	83	4	4	1.5 (1–2)	8	5 <sup>a</sup>
Elm HCOP Male	Dementia	2	85	2		10 (5–15)	2	2
	No dementia	4	83.5	4		23.5 (7–48)	4	4
Fir HCOP Female	Dementia	3	88		3	15 (12–21)	3	3
	No dementia	6	88		6	10 (6–17)	6	2

<sup>a</sup>One of these patients was placed on the LCP, but taken off it 3 hours later  
Characteristics of deceased patients whose case notes were reviewed

Communication between staff and carers was predominantly verbal, and mainly took the form of face to face encounters. Patients on the study wards who were approaching the end of their lives were generally beyond the point at which they could communicate with staff about their care, so the research focus moved to family carers to seek their perspectives. Three of the 33 patients whose care was observed on the wards did not have relatives who could be invited to take part in an interview. Carer and staff respondents talked about communicating with each other during the course of interviews. Carers reported variable experiences with regard to their communications with staff. There were instances of very good communication, when carers felt informed and consulted throughout their relative's hospital stay. There were also, however, instances of poor communication when carers struggled to gain access to the information that they needed. The variability between carers' experiences, often on the same wards, was striking.

The findings are presented here from staff perspectives first, followed by the perspectives of carers, then a case study is offered which highlights a number of the key points.

### The setting

The wards which comprised the research setting were busy, semi-public places which, particularly during the mornings, were noisy with the comings and goings of a wide range of individuals from doctors through to ancillary workers. Noise levels were exacerbated by ringing phones, patient call buzzers, voices in conversation or calling out and the sounds of equipment being moved around. Each ward had its own routines with certain times at which specific tasks were carried out such as catering staff bringing round the tea trolley, or nurses washing and dressing patients. Official visiting hours were from 2pm to 8pm but when a patient was assessed as dying their family

members were allowed open visiting, so they could be on the ward whenever they wished.

The hospital has a dedicated palliative care team, including a consultant and a team of Macmillan nurses. The nurses routinely visited Ash, the acute admissions unit, to enquire whether there were any referrals for them and offer advice to staff. The other wards participating in the study had the option of referring their patients to the palliative care team, or of seeking advice from the team, but in practice this rarely occurred.

### Staff perspectives

#### Giving bad news

Acute hospital wards are oriented towards the active treatment and discharge of patients, and although death happens on a regular basis, this is not the core work of the ward. Staff, however, were confident that they could provide good end of life care, and regarded this as part of their normal work load. Informing carers that their relative is dying and has been placed on the LCP was considered the responsibility of the senior clinician, as it demands a high level of professional knowledge expertise and authority:

Although there's always people on the ward, I don't think they've always got the expertise to start talking in great detail about recognising that someone's nearing the end of their life (Consultant, Fir).

The fact that a discussion has taken place with a patient's family about the need to place them on the LCP was recorded in the patient's notes, but detail was not usually provided of the content of the discussion. Each of the wards had daily multi-disciplinary team meetings at which patients and plans for their care were discussed. However, not all members of staff could be present at these meetings, and nurses described how they needed to read the medical notes of the patients for whom they

were responsible on any given shift, so that they could be sure of what care and treatment was to be provided. Consultants and other senior doctors spent limited time on the wards so they were unlikely to be available for a follow-up conversation, should the carers wish for one. One senior clinician described his practice in the following way:

My usual way of saying is, 'Where do you think we are, and what's been happening, what's your understanding been?' ...you have to go very gently and then you have to think about having a further discussion the next day. (Consultant, Oak)

This approach to communication with carers was unusual, both in terms of what staff participants described as normal practice and what was observed by re-searchers on the wards.

Once a patient had been acknowledged as dying and been placed on the LCP the major responsibility for their care passed to the nursing staff. Nurses were not so ready or able to discuss aspects of care with family carers:

I am just sort of trying to deal with any worries that the family have which usually from a nursing point of view is they will call you in if the breathing changes or they will call you in just if the patient moves sometimes even because they are, might say if the patient is in pain or whatever. But as for talking at length about conditions and prognosis, no we don't usually do that. I think we probably will sidestep which is as well. So, no we'll say, 'You'll have to just ask the doctor to have a word with them', partly to do with not wanting to say the wrong thing, and partly because we do not know what to say. (Staff Nurse, Ash)

#### Role of the nurse

Nurses described a different role for themselves to that of medical staff, one in which the doctor tells the family the news and then, 'it's the nurse's job to support the family' (Deputy Ward Manager, Fir). One nurse de-scribed a need to put what the doctor has said into lan-guage that the family can comprehend, demonstrating an awareness of the difficulties in understanding that carers sometimes experienced:

There's a lot of people that will just sit and nod at a doctor and when they've gone, will ask the nurse. ... We had a relative last week that literally said, the doctor's just been and told them what's going off, I didn't understand a word he said, can you tell me ... what's happening? (Staff Nurse, Elm)

Despite positive accounts of nursing roles and relationships with carers during interviews, observational data suggest that carers were sometimes viewed in a negative way:

Ward Manager concedes that she finds relatives a useful source of information about the patient, but does not make any reference to relatives' need or entitlement to information from staff. In fact, represents relatives as being frequently demanding and unreasonable in their manner and expectations - constantly asking for information and updates - when the patient has not changed from the previous night, or earlier in the day. Dislikes visiting times - finds relatives' attitudes have changed: they have become more demanding, inconsiderate and rude: they are uncooperative when told not to bring flowers, to sit on beds, to limit numbers by the bedside, not to bring young children to visit (Research observation notes, Fir).

One area in which nurses' intervention was critical concerned the initiative they took in summoning the family when they recognised that a patient was about to die:

When the curtains open PE605 is lying down with his bed flat. His head is to one side, and he is still and quiet. Deputy Ward Manager 1 comes out of the room and straight across to me. She tells me that she has phoned PE605's wife and daughter to come in, yesterday he could talk and was with it, so there has been a rapid deterioration in his condition (Research observation notes, Elm).

This was an area in which nurses played a key role, and were frequently instrumental in allowing family members to be with their relatives as they were dying.

#### Perceived limitations to carers' understanding

Carers were sometimes thought unable to understand and take in more than a fraction of the information that they were given:

We know you come to a medical consultation and you remember twenty percent of it, you may remember the doctor's face, you may remember a sentence of what the doctor said...you may remember nothing at all. You go and dutifully write it all down in the notes and the relatives have a completely different recollection of what was said. (Consultant, Ash)

There was also a belief expressed by some staff that when families did not anticipate that their relative was

approaching the end of life, one conversation with the doctor was insufficient to allow them to understand that their relative was dying and what the implications of this might be. One staff nurse expressed this by saying:

I think there's probably levels of acceptance, and maybe as nurses and practitioners and doctors, we think, because we've had one conversation where we've said very clearly, He's coming to the end of his life, and it could just be a matter of days now...and they nod and they say Yes, okay, that doesn't mean to say that that's been fully accepted or processed by them...you might need to have the conversation again, but obviously, nurses and doctors don't want to have that conversation every day, and you think if it's happened once, why would you go there with someone? (Staff Nurse, Oak)

Such a perspective puts the onus of understanding on the carers, implying that health professionals have carried out their duty by having the one conversation with the family and that if the family wish for more it is their own responsibility to seek that out. However, members of staff understood cues that a patient was thought to be dying which to carers were obscure and incomprehensible. Cues such as the cessation of routine observations or the permission given to carers to visit at any time, were obvious to health professionals as markers that a patient was dying. Some respondents also felt it should be obvious to families that their relative was dying:

It's pretty obvious that somebody's dying because, you know, the sombre lighting and the sombre staff and other people coming in and focusing on symptoms rather than, you know, strutting around with charts and drug cards and you know. (Consultant, Ash)

It seemed difficult for staff to remember that the terrain of the ward and its habits and processes which were so familiar to them were alien to family carers, who were often unable to understand what was happening to their relative. It was rare for a member of staff to explain to carers in any detail what they might expect as their relative was dying, perhaps through a failure to appreciate that carers had little or no experience with dying. Lack of contact between family carers and members of staff prohibited the establishment of mutual understanding. It was not unusual to see, while carrying out research observations, that staff did not greet relatives when they arrived on the ward and often moved about the ward with downcast eyes to avoid eye contact. Indeed, the missing or avoidance of opportunities by staff to communicate proactively was a striking feature of observations. Staff seemed to exhibit a reluctance to engage

with the relatives of patients, while family members appeared uncomfortable and ill at ease when visiting their relative; such discomfort could contribute to an unwillingness to approach staff for information.

#### Carers' perspectives

Carers who were interviewed had varied experiences. When the dying patient was placed in a side room it was easier for their family to spend time with them without being disturbed by the routine work of the ward. However, when patients remained in the open bay visiting could be problematic, both for the family and for the wider population of the ward. Spending time with a dying patient while the routine work of the ward went on was potentially distressing for family members, some of whom were also concerned about being a source of discomfort for other people on the ward who might realise that their relative was dying and consequently be distressed.

The family carers of two patients reported having very good relationships with staff on the ward. In both cases they had talked several times with the consultant who was caring for their relative, they felt accepted by ward staff and they encountered no difficulties in accessing the information they needed. Three family carers reported very poor relationships with staff, to the extent that they felt abandoned and unsupported. In two cases carers struggled to find a member of ward staff to inform when their relative died. Most carers, however, reported an experience that was somewhat neutral; their expectations were low so they were not disappointed, or they made excuses for what might otherwise be considered shortcomings in staff communication with them.

#### Receiving bad news: Clarity

Recognising that their relative was dying was a critical point of transition for carers. Some respondents expected their relative's death. In other cases, when it came, the death was sudden and unexpected. For others it was a gradual process of realisation as their relative became increasingly ill and frail.

Carers came to the understanding that their relative was dying in a number of different ways. In conversation with the doctor one daughter was told bluntly that her mother was dying imminently:

Right, she says, 'What, what I've got to tell you isn't nice', she says, but, she says, 'Your mum's stomach has rotted...', I says, 'Right.' So she says, 'So, she needs an operation. To save her life.' So I says, 'Okay.' So she says, 'But, because we can't stabilise her diabetes.' she says, 'We cannot operate, she's too weak.' So I says, 'Okay.' She says, so I'm thinking, 'Okay, so, they can't operate now, they've got to get, sort the diabetes out.'



So, I says, 'So, what happens from here?' So she says, 'Well, if we don't operate, your mum will die.' So I says, 'Fair enough.' I says, 'So, how long do you reckon my mum's got then, without the operation?' She says, 'An hour, maybe two.' Well, I was devastated. (Daughter of PNCA402, an 83 year old female patient)

The bluntness of this communication made a strong impression on the patient's daughter. It left her in no doubt that her mother was dying, but added to the distress involved in this experience.

Some carers came to an understanding that their relative was dying when their suspicions were confirmed by professionals. One daughter, for example, spoke about how she had 'thought he (her father) looked like somebody who was dying', which made her receptive when the doctor told her that this was the case:

and the doctor had pre-warned me that the end of somebody's life through fibrosis isn't pleasant both for any party...on the night that he was dying, I thought they were very, very good...when we came, obviously, they knew when we came in, what the situation was. (Daughter of PNCO206, an 86 year old male patient)

This respondent felt included in decisions about her father's care and thought that ward staff were supportive and understanding, as did this daughter:

And dad hadn't been eating and drinking for a long while and there was problems again with his aspiration so he, he (consultant) felt really that he was at the end of his life so we, we took a decision to withdraw... any sort of feeding... you know, it was dad's time, and really, it was dad's time. (Daughter of PNCO203, an 85 year old male patient)

This patient died during his second admission to Oak ward. His wife and daughter had visited regularly and had helped him with his meals. They both felt that they got to know ward staff and that they were fully consulted about all decisions regarding his care:

Because he spent nine weeks on the ward, from the end of April, we knew them (staff) so well and I was going at lunchtime to help with feeding him and... we just knew the staff so well and they were so caring. (Daughter of PNCO203, an 85 year old male patient)

#### Receiving bad news: Lacking clarity

Not all family carers knew that their relative was assessed as dying, and thus the death was sudden and unexpected. Some respondents reported that they had

either not been told explicitly that their relative was dying, or they had not been told in a way that enabled them to understand or accept this news. Sometimes it was only through a process of retrospective reflection that carers realised the significance of events and interactions with staff. One female patient's partner, for example, initially thought that he had not been told how ill she was, but he decided during the course of the interview that perhaps he had been told but had forgotten, or not realised the significance of what had been said at the time:

I'm not too sure when I actually realised it, when it hit me when I was on my way back to the house, but I'm not sure quite when I realised it, yeah. I think they did actually. I think they did. Because I had a little chat with them at one point. And, (...) I think they did tell me that actually ... (Male partner of PNCA401, a 96 year old female patient).

This participant was not alone among carers in being unsure about what the family had been told, or in failing to interpret this in the way intended by staff. The wife of one patient was told that he was dying and understood what she was told. However, she and her husband had been through similar experiences before and this prior experience led her to believe that he would survive on this occasion, too:

(she said, he's) 'really poorly'. I said, 'Yes, clearly, I realise that, we've been through this many times before.' And she said 'Well, we don't think he'll pull through this time.' So, that was a shock... So, anyway, about three o'clock in the morning, he kept waking up, and was sitting holding his hand and he was squeezing my hand really hard and I thought, No, this isn't what a dying man is, he's too strong, he's fighting this again. (Wife of PNCA403, a 63 year old male patient)

Her confidence in her husband's survival was so strong that she went home, and so was not with him when he died which was devastating for her. Prior experience of occasions when her husband had almost died prevented her from fully assimilating the information she was given about her husband's prognosis. In a highly charged emotional state, it is understandable that carers may fail to comprehend what is said by staff, particularly if this is framed in vague and euphemistic terms. There is a tendency to construe developments in line with desired outcomes, and to place greater reliance on the concrete evidence of past experience rather than the anticipation of professional judgement. In addition, the way in which staff offer information in a vague and sometimes equivocal fashion exacerbates this situation.

Carers could misunderstand what ward staff said, as sometimes staff spoke to family carers in ways which were ambiguous and with meanings that were unclear to the carers. One patient's wife, for example, was told that she could visit her husband outside scheduled visiting hours, but the implications of this were not explained to her:

He...was always asleep when I went. And the nurse said, 'Well, you can come in, [he's] bit more alert in the morning, come then.' I ought to have just [realised], alarm bells rang, but anyway, he woke up then, he looked at me, says, 'Hello duck', smiled, went back to sleep. (Wife of PNCO201, an 85 year old male patient)

Later his wife realised that she had been given more access to her husband because he was dying, and she blamed herself for not understanding the situation.

What seems to be critical in family carers' understanding that their relative is dying is the alignment between staff and carer perspectives. PNCO201's wife realised that he was approaching the end of his life, but believed that he had another one or two years of life. PNCA401's partner and PNCA403's wife quoted above were not receptive to the prospect that death was imminent, and did not easily accept or internalise the messages conveyed by staff. In contrast, the daughters of PNCO203 and PNCO206 had already realised that their fathers' deaths were likely to occur soon, and consequently were receptive to what they heard in their discussions with staff on the ward. When there was a lack of clarity in communication, whether through the use of euphemistic or vague language, this could lead carers to develop or perpetuate expectations which health professionals would realise were unrealistic in the event that carers' understandings were successfully explored.

#### Seeking a hearing

It was not always easy for carers to find someone on the ward to whom they could speak. Doctors, particularly the consultants who have the requisite authority to divulge a poor prognosis, were not present on the ward all the time and their schedules often do not fit with visiting hours:

Staff Nurse1 was going round the bay with the observation machine, she gets into quite a tetchy argument with B4's<sup>1</sup> male visitors. They are trying to find out what is going on with their mother. Apparently they had had a phone call from a doctor yesterday and they are keen to have another talk with him. They are trying to get Staff Nurse1 to arrange an appointment with the doc for them – Staff Nurse1 is irritated about this and tells them that if they want to see the doctor they will have to

come on the ward and gives them some very general times when they might coincide with the doctor's presence and availability. Male visitors are not happy with this – clearly feeling that the doc should be more accessible... The male visitors are quite persistent. They can't believe that it is necessary for them to make a special trip to the ward in order to see/talk to the doctor... The situation does not seem to be resolved before Staff Nurse1 manages to terminate the encounter and move on (Research observation notes, Fir).

In addition, family carers were not always sure who it was they needed to speak to about a particular issue:

I wouldn't have known who to ask. And there wasn't really, I mean, the doctors were so busy, so, you know, trying to see a doctor and stuff, it was a bit difficult. (Daughter of PNCO202, a 75 year old male patient)

Although nurses' work roles required them to be present on the ward most of the time, carers could still find it difficult to find a nurse who was able to answer their particular query. The effort to find a member of staff to talk to could also be a source of frustration for the carer:

Only because, you could never get hold of anybody. I mean, they were so busy. I mean, sometimes you'd think, 'Where are they?' (Daughter of PNCO206, an 86 year old male patient)

Staff tended to have little contact with carers during their visits to the wards, with the onus placed on carers to seek out a member of staff if they wished for information. Doctors, like nurses, could be difficult to pin down:

Doctors huddle in 2s and 3s to talk in the corridor – this enables visitors to target them for a talk and information - though sometimes have to lurk for a while until they succeed in getting their attention. My impression is that they tend to be fobbed off, and that the doctors don't seem to be forthcoming with information... On his way up the ward a pair of relatives from another bay collar him for information about their relative's discharge tomorrow – he is rather brusque and unhelpful, as far as I can see. Later on the couple manage to engage a nurse who is evidently much more constructive and useful in her response... The older woman tries to engage with a doctor – but is rather rebuffed, I thought, as he turns quickly to leave the ward (Research observation notes, Ash).

Carers tended to perceive staff as being very busy, and lacked a sense of entitlement or confidence in approaching staff members directly or pursuing their wish for information. Family carers tended to wait for information to be offered to them, but reported this did not often happen.

Carers' assessments of staff communication were also shaped by their expectations of staff behaviour, and carers were keen not to appear too critical:

I think my husband went back out and said to the lady on the desk, 'Can I speak to the nurse who's looking after her?' And she said, 'The nurse has gone on her break.' So I said to my husband at the time, 'Well, everyone has to have a break, you know?' [laughs] That is the way I look at it, everyone has to have a break. It, we weren't complaining because she wasn't there, it just would have been nice if, if the lady who'd gone on her break had said, 'Can you greet Mr and Mrs S and, you know, reassure them.' (Niece of PNCF801, a 91 year old female patient)

Several respondents described the demeanour of ward staff as being distant and clinical, but qualified any implied criticism by explaining that this was what they expected and consequently was not considered to be inappropriate or lacking.

#### Misdirection from external cues

In some cases carers had mistaken views about what was happening with their relative because they misinterpreted cues that they observed in the immediate environment. One daughter was pleased when she learned that her mother had been moved from a side room onto the open ward. She said:

When I left her, she was in a wa- in a room on her own. When I got back, I was just going back to the room, and they said, 'Oh, your mum's been moved down into the ward.' I thought, Oh, this is good news. (Daughter of PNCA402, an 83 year old female patient)

However, the reality was that, even though she was recognised to be dying, the pressure on beds resulted in the patient being moved out of the side room to make way for another patient who required isolation because of infection.

#### Feeling abandoned

Some family carers, when their relative came close to death, described feeling abandoned by staff on the ward. PNCA402's daughter, quoted above, described how she and her family were left alone with her dying mother on the busy ward during regular visiting hours. She was

aware of other families visiting their relatives and asked a nurse if she could close the curtains round her mother's bed. She went on to say:

Nobody came to see her after that. Nobody came to see if we was okay. Nobody, nobody even come to explain to, such as my brother and the rest of the family, why is this happening. It was just left to me. And, and then, my mum died within the hour. (Daughter of PNCA402, an 83 year old female patient)

When she recognised that her mother had died, the patient's daughter rang the bell but no one came. Eventually she went to find a nurse and inform her that her mother had died. The partner of a male patient had a similar experience, when she and her partner were left alone as he was dying. She, too, struggled to find someone to inform once he had died:

But he didn't take more than like, less than a minute, less than half a second, so I pulled the curtain round and I sit with him for five minutes til he completely take the last breath. But the problem is, what irritates me, because I couldn't find anybody. Because the time ...at that time, I just need somebody to be there. (Partner of PNCO205, a 68 year old male patient)

The cases described here illustrate a lack of awareness on the part of staff of the emotional distress that carers keeping vigil for dying patients on the wards may experience. However, carer discontent is defused by the low expectations that they have of how staff should behave. They often make allowances, expressing their awareness that staff are very busy, and describing their own negative responses as inappropriate. Carers tend to have a low sense of entitlement or expectations of support. This also illustrates the collaborative work that relatives do to help the ward run smoothly, by containing and controlling their emotional reactions and minimising the demands they make on staff.

#### Case study

The following case study highlights a number of the communicative issues as experienced by carers, consideration of which will be picked up in the Discussion section below.

PO104 was admitted with severe dementia and an infected wound. She developed kidney failure and pneumonia. A DNACPR order was signed and three days later it was recorded in her notes that care was primarily palliative. One of the doctors spoke to her family, informing them that her prognosis was 'very guarded' and he recorded in her notes that they understood. A

few days later the doctor spoke to the family about LCP; they were against stopping treatment and at this time the doctor decided to continue active care. Open visiting hours were in place for PO104's family. Consultant recorded 'I suspect  $\leq 50/50$  (survival) regardless of what we do'. PO104 had a buprenorphine patch to help alleviate pain, but her family were recorded in her notes as disapproving of this. The ward recorded that after discussion the patient's son 'seemed to accept this', but family stated during interview that they did not agree to its use. The possibility of the patient's being fast tracked home to die was discussed and explored, but did not happen. Three weeks after admission PO104 was placed on the LCP, and according to her medical notes her daughter in law was informed. At this point she was to be treated symptomatically and all observations were to be stopped. The following day it was recorded in PO104's medical notes that the doctor had talked with the family about LCP, and that they wanted her to be given fluids but not analgesia. PO104 died four days later, and her family arrived on the ward shortly after her death. During an interview with PO104's son and daughter in law it was clear that they did not understand that she had been placed on the pathway with the goal of ensuring she was kept comfortable throughout the inevitable process of dying, and they thought that she was being actively treated until the moment of her death. While PO104 was on the LCP, her daughter in law queried with a doctor why nurses were no longer carrying out observations. The doctor told her that it was no longer necessary to do so, but the carer thought the doctor was simply 'sticking up for' the nurses, and their poor care. There was a high level of misunderstanding between what the family were told, what they understood and what medical and nursing staff thought the family understood. PO104's family were unaware of the DNACPR order and would not have agreed to it. Staff members who were interviewed and spoke about this family described them as not being 'on the same page' as staff; as being 'in denial'; as being 'a little bit strange'.

## Discussion

The wards which participated in this study were busy, noisy spaces with much activity and many people, all of which made communicating about confidential matters difficult. There was variation in the level and quality of communication, with some good and some poor examples observed. There were different consultants working on the four wards, who had different levels of skill and experience in approaching the topic of end of life care, with both patients and family carers. On the whole staff were aware of whether or not they were communicating well with patients and carers. There were a number of factors

which may have prevented them from being more effective, such as a fear of saying the wrong thing, lack of confidence in communicating the uncertainty which often accompanied a patient's prognosis and the institutional nature of an NHS hospital. The culture of the NHS on a national level encourages efficiency. Measurements and indicators of efficiency do not include the amount of time staff members spend talking to patients and their families.

Carers who participated in the study had differing experiences. Some, such as PNCO205's partner and PNCA402's daughter, had a poor relationship with staff from the time when their relative was admitted and by the time of their relatives' deaths they felt completely abandoned. Others, such as PNCO203's wife and daughter, had a positive experience and felt as though they were fully informed and involved in decisions about care. They had a good relationship with staff which had built up during a previous, extended, hospital stay. Most carers, however, had a mixed experience while their relative was on the ward, but their low expectations led them to make allowances for staff whom they perceived as too busy to spend time talking to carers. Carers in this situation were told the bad news about their relative, but this tended to be done in vague terms or using euphemistic language which was open to various interpretations. Carers would then interpret what they were told through the lens of their previous experience and knowledge, which could leave them expecting a better outcome than was perhaps intended, as was the case for PNCA403's wife.

Carers of dying patients often struggled to make sense of what was going on as once the initial telling of the bad news had taken place they encountered difficulties in locating a member of staff from whom they could seek clarification or further information, or with whom they could discuss their worries. At this stage staff did not make themselves easily available to carers. Carers were seen to struggle to retain the information they were given or to fully comprehend the meaning, particularly when euphemism, jargon or vague language was used. This was particularly the case when staff were attempting to break potentially painful news gently by using euphemism or roundabout language. However, instead of talking to carers on more than one occasion, to reinforce a message, or elicit concerns and possible misunderstanding, staff tended to avoid engaging with them. The staff nurse on Oak ward quoted above illustrates how some staff recognised the desirability of having more than one conversation with carers, but also acknowledged the reluctance on the part of staff to talk about dying if it could be avoided.

Sometimes, also, carers were criticised for having unrealistic expectations with regard to their relative's survival. For example the family of PO104, the patient

described in the case study, were criticised by staff as being 'strange' and 'in denial' for the way in which they interpreted the information they were given and for the opinions they expressed about possible outcomes for PO104. Events made it clear that PO104's family did not realise how close to death she was, as when her daughter in law asked why the nurses had stopped carrying out observations. Members of staff were thus presented with opportunities to engage in further discussions with members of the family and clarify their understanding of PO104's situation, but these opportunities were not taken.

Medical and nursing staff have a professional duty to communicate effectively with carers [19, 20]. Some nurses said during interview that they took on a role in which they provided ongoing support for families, and that they would interpret what the doctors had said in such a way that the carers could understand it. This was in contrast to the reports that carers gave during interview and to observations made by researchers on the wards, but it is not unusual for research participants to give idealised accounts of behaviours that are not consistent with practice [37]. The observation that lay people do not always remember or understand what they are told by health professionals belongs to a mechanistic model of communication. In such a model the purpose of communication in the healthcare setting is to educate the listener, and this occurs through the passing of information from professionals to carers. Carers in this model are viewed as more or less passive recipients of the professionally-directed message [38].

Data from this study supports the view that this is not an effective way of communicating with carers. Information is not effectively passed on and carers do not have the opportunity to discuss their expectations and worries. Carers were often given vague or equivocal information which they were then left to interpret and, as was the case with PNCA403's and PNCO201's wives, they may do this in ways unanticipated by staff. Such a mechanistic perspective to communication makes no allowance for discussion nor for engaging with the prior understandings and experiences that a lay person has. If the message fails to achieve what was intended by its instigator this failure is not attributed to poor communication skills on the part of the health professional but to carers' lack of understanding and their inability to retain the information that they are given [38].

An alternative model of communication is needed which allows professionals to pass on their understandings, but also allows carers to engage with what they are told and contribute their own perspectives. Standard 'breaking bad news' guidelines include checking for understanding. The observations suggest this is often not done. In addition it appears that both staff and relatives lack a common framework for communication (e.g. staff not checking prior

knowledge, not seeking what information relatives want, fearing relatives' responses, 'getting it wrong' or criticism; and relatives having to seek and initiate contacts, lacking the confidence or skills to manage the encounter in a disempowering setting). In addition staff uncertainty and lack of time make communication difficult. One model of communication which endeavours to overcome the power differential that exists between clinicians and patients or carers is concordance [39]. This model developed out of an inquiry carried out for the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain during the 1990s, motivated by the desire to understand why patients do not always take medication in the way that is intended by the physician. Concordance involves an attempt to move away from the traditional paternalism that was inherent in the notion of compliance in relation to medicine taking, in which the patient was simply expected to follow the physician's advice [40]. A concordant model of communication views the consultation between clinician and patient as one in which a negotiated exchange takes place, in which the patient is able to participate fully and share her or his perspectives on offered diagnosis and treatments [39]. The development of concordance theory in relation to professional and lay health-care relationships drew on existing theories such as Tuckett et al.'s theory of the medical consultation as a meeting between experts [41], and Kleinman's work on explanatory models in effective communication between patients and healers [42]. Although early work focused upon interaction between physician and patient regarding the use of medication, concordance has a wider application as a model of shared communication and decision making in medical consultations more generally. The key point to a concordant consultation is that each party reaches awareness, understanding and respect for the other's perspective, and uses this as the basis for negotiation and agreement. Transferred to the conversation between health professionals and family carers, a concordant consultation could enable a negotiated understanding to be reached about the current status and future prognosis of frail, older patients approaching the end of life.

Such a concordant approach to communication between staff and carers would permit negotiated understandings to be reached. Each party to the discussion would be enabled to understand the other's perspective and mutual respect and awareness would lay the foundation for agreeing a course of action. Such a process does not deny the clinician's expertise nor detract from his or her duty to provide the best care for the patient, but it does allow for insights that the carer has to be incorporated into the plan for care [39, 40]. A concordant approach to communication also enhances the likelihood that carers will both understand and agree with any decisions made with regard to their relative's end of life care [28, 29]. However, this approach needs to take account of the considerable uncertainty that

often exists about the approach of the end of life (which can be acknowledged and discussed), and the fast-moving nature of acute healthcare, with sometimes rapid deterioration (or recovery), short lengths of stay, and lack of a prior relationships between staff and families.

Findings presented in this paper demonstrate marked continuity with the findings of much earlier research, suggesting that communication is a difficult skill to master. Healthcare professionals have been reported as unwilling to talk openly with patients and their families about death and what is likely to happen as someone dies [43, 44]. Nurses have been reported as uncomfortable about caring for those who are dying [32]. Carers of hospitalised older people have been found to struggle to obtain information from professionals. Some members of staff caring for older patients on acute hospital wards, the same kind of setting as in this study, have displayed a tendency to mistrust carers and avoid engaging with them [7]. Despite an emphasis on the importance of good communication between health professionals and patients and their families [19, 20, 25] there is still a similarity between the lack of open awareness which Glaser and Strauss identified in the 1960s and the lack of awareness described by some families in this study [44].

## Conclusions

This paper has described the communicative processes found in operation between healthcare professionals and the family carers of dying patients on four acute care wards in a general hospital. Hospital systems and processes were not designed with the expectation that communication would play a central part in the experience of care, with communication being given low priority, and the environment being uncondusive to sensitive discussions. Members of staff rarely made much effort to engage with family carers, to elicit their understandings about their relative's health status, or to address their concerns. However, some staff members did take the time to engage with carers in this way, and some families therefore had a much better experience of care than others. Although it is not only professionals who contribute to the communicative process they have the responsibility for ensuring effective communication with the family carers of their patients. Carers make a significant contribution to communication and it is this joint effort which determines the outcome. The nature of the understandings and expectations that carers bring, and the skills that they possess, can impact strongly on the outcome of a communicative encounter. More research is required to explore the dynamics of the interactions that carers have with staff in the acute hospital setting, and to identify those factors which contribute to family

carers having a better experience of care while their relative is dying on an acute hospital ward.

## Endnotes

<sup>1</sup>Bays on the wards were given colours as names, and each bed with the bay was given a number. Individual bed spaces were identified by the bay colour and bed number, in this case Blue bay, bed 4, hence B4. Referring to patients by bed number and bay here, while impersonal, preserves the patient's anonymity.

## Abbreviations

DNACPR: Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation; LCP: Liverpool Care Pathway for the Dying Patient; NHS: National Health Service; UK: United Kingdom.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Authors' contributions

GC contributed to data collection, analysis and drafted the manuscript. KP contributed to the design of the study, data collection and analysis. RH contributed to the design of the study. DP conceived the study, secured funding and contributed to the design. All authors contributed to the content and read and approved the final manuscript.

## Acknowledgements

The research project on which this paper is based was funded by the Alzheimer's Society, UK.

## Author details

<sup>1</sup>School of Health Sciences, University of Nottingham, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK. <sup>2</sup>Nottingham University Hospitals NHS Trust, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK. <sup>3</sup>School of Nursing, University at Buffalo, 101 C Wende Hall, Buffalo, New York, USA.

Received: 17 February 2015 Accepted: 17 July 2015

Published online: 01 August 2015

## References

- Public Health England: What we know now 2013, new information collated by the National End of Life Care Intelligence Network. London; 2013.
- Department of Health: End of life care strategy. London; 2008. [[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/136431/End\\_of\\_life\\_strategy.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf)]
- Leadbetter C, Garber J. Dying for change. London: DEMOS; 2010.
- NAO. Patient and Carer Experiences regarding End of Life Care in England. London: National Audit Office; 2008.
- AlQurainy R, Collis E, Feuer D. Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *Int J Clin Pract*. 2009;63:508–15.
- Gott M, Ingleton C, Gardiner C, Ryan T, Noble B, Seymour J, et al. How to improve end of life care in acute hospitals. *Nurs Older People*. 2009;21:26–9.
- Tadd W, Hillman A, Calnan S, Calnan M, Bayer T, Read S. Dignity in Practice: An Exploration of the Care of Older People in Acute NHS Trusts. London: HMSO; 2011.
- Calnan M, Tadd W, Calnan S, Hillman A, Bayer A, Read S. 'I often worry about the older person being in that system because often they – they've got more needs, are more vulnerable': Providing dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing Soc*. 2012;33:465–85.
- Porock, D., Pollock, K., Jurgens, F. (2009) 'Dying in public: The nature of dying in an acute hospital setting', *Journal of Housing for the Elderly*, 23:10-28.
- Royal College of Physicians. National care of the dying audit for hospitals, England. London: Marie Curie Cancer Care and Royal College of Physicians; 2014.
- Robinson J, Gott M, Ingleton C. Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. *Palliat Med*. 2014;28:18–33.

12. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med.* 2002;16:297–303.
13. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer.* 1999;35:1592–7.
14. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer.* 2003;89:1445–9.
15. Parliamentary and Health Service Ombudsman: Communication and Complaint Handling. London; 2011. [<http://www.ombudsman.org.uk/listening-and-learning-2011/case-studies2/communication-and-complaint-handling>]
16. Independent Review of the Liverpool Care Pathway: More Care, Less Pathway. London; 2013. [[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212450/Liverpool\\_Care\\_Pathway.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf)]
17. Department of Health: Review of the Liverpool Care Pathway outlined. London; 2013. [<https://www.gov.uk/government/news/review-of-liverpool-care-pathway-outlined>]
18. Ellershaw J. Introduction. In: Ellershaw J, Wilkinson S, editors. *Care of the Dying*. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Oxford University Press; 2011. Pp. ix–xxii.
19. Nursing & Midwifery Council: Guidance for the care of older people. London.
20. General Medical Council: Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. Manchester: 2010.
21. Ahronheim JC, Morrison RS, Baskin SA, Morris J, Meier DE. Treatment of the Dying in the Acute Care Hospital. *Arch Intern Med.* 1996;156:2094–100.
22. Minichiello TA, Ling D, Ucci DK. Breaking Bad News: A Practical Approach for the Hospitalist. *J Hosp Med.* 2007;2:415–21.
23. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet.* 2004;363:312–9.
24. Schildmann J, Cushing A, Doyal L, Vollmann J. Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. *Palliat Med.* 2005;19:93–8.
25. National End of Life Care Programme. Route to success: the key contribution of nursing to end of life care. London: 2011.
26. Barclay S, Maher J. Having the difficult conversations about the end of life. *BMJ.* 2010;341:653–5.
27. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs.* 2010;66(7):1543–55.
28. Hargie O, Saunders C, Dickson D. *Social skills in interpersonal communication*. 3rd ed. London: Routledge; 1994.
29. Argyle M. *The psychology of interpersonal behaviour*. 5th ed. London: Penguin Books; 1994.
30. Higginson IJ, Koffman J, Hopkins P, Prentice W, Burman R, Leonard S, et al: Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in intensive care and during clinical uncertainty. *BMC Medicine* 2013, 11:213 [<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/21>]
31. Godwin B, Waters H. 'In solitary confinement': Planning end-of-life well-being with people with advanced dementia, their family and professional carers. *Mortality.* 2009;14(3):265–85.
32. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med.* 2013;27(8):757–64.
33. Lawrence V, Samsi K, Murray J, Harari D, Banerjee S. Dying well with dementia: qualitative examination of end-of-life care. *British J Psychiat.* 2011;199:417–22.
34. Thuné-Boyle ICV, Sampson EL, Jones L, King M, Lee DR, Blanchard MR. Challenges to improving end of life care of people with advanced dementia in the UK. *Dementia.* 2010;9(2):259–84.
35. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. London: Sage; 2006.
36. Thorns A, Garrard E. Ethical issues in care of the dying. In: Ellershaw J, Wilkinson S, editors. *Care of the Dying*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 63–84.
37. Pager D, Quillian L. Walking the talk? What employers say versus what they do. *Am Sociol Rev.* 2005;70:355–80.
38. Dixon-Woods M. Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Soc Sci Med.* 2001;52:1417–32.
39. Pollock K. *Concordance in medical consultations*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
40. Marinker M. From compliance to concordance: a personal view. In: Bond C, editor. *Concordance*. London: Pharmaceutical Press; 2004. p. 1–7.
41. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. London: Tavistock Publications; 1984.
42. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.
43. Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *J Adv Nurs.* 2001;35(1):59–68.
44. Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of dying*. London: Weidenfeld and Nicolson; 1966.

**Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:**

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)

