

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

**Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida:**  
**Intervenção de Enfermagem**

**Daniela Azevedo Mota Resende Martins**

**Lisboa**

**2016**



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

**Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida:**  
**Intervenção de Enfermagem**

**Daniela Azevedo Mota Resende Martins**

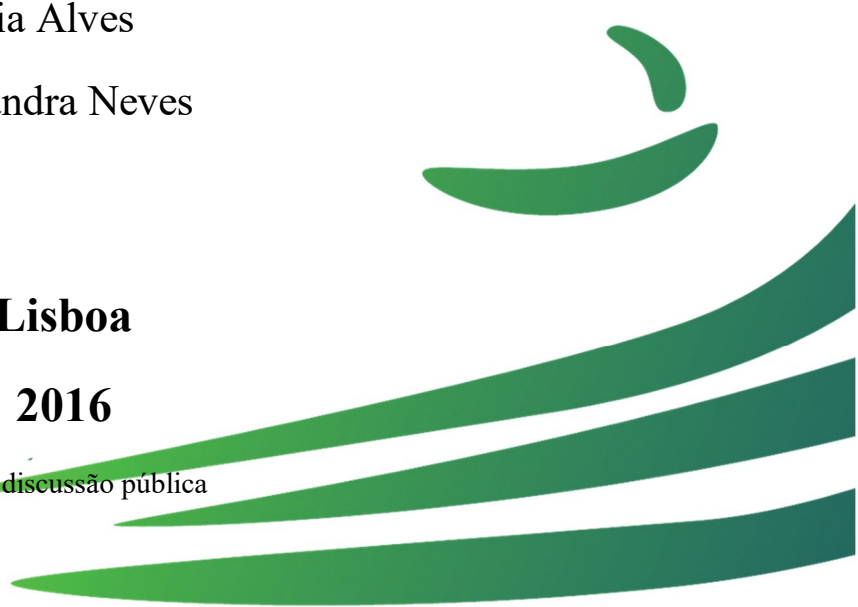
Orientador: Professora Patrícia Alves

Co-Orientador: Professora Sandra Neves

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die.”*

Cicely Saunders

## **AGRADECIMENTOS**

Culminada esta caminhada não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que se revelaram determinantes para este percurso de aprendizagem e que com o seu toque pessoal muito contribuíram para o desenvolvimento e conclusão do mesmo.

À orientadora Professora Patrícia Alves e coorientadora Professora Sandra Neves pela disponibilidade, constante motivação e partilha ao longo de todo o percurso.

Aos amigos e colegas de curso pelo acompanhamento, incentivo e apoio.

E um agradecimento especial à minha família sempre presente com todo o seu carinho, compreensão, estímulo e palavras de apoio sem os quais este percurso não teria sido possível.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CF	Conferências Familiares
CP	Cuidados Paliativos
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAPC	European Association for Palliative Care
EIHSCP	Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EONS	European Oncology Nursing Society
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
h	Horas
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCP	Programa Nacional de Cuidados Paliativos
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos

## RESUMO

A comunicação no contexto da intervenção em enfermagem é uma pedra basilar e, especificamente, a comunicação com a pessoa em fim de vida é uma área particular pela distinta competência profissional que exige. Esta foi a temática selecionada para desenvolver, durante um percurso de estágio em três contextos diferentes, competências de enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. A temática intitulada “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Intervenção de Enfermagem” deve-se a uma necessidade pessoal de desenvolver competências nesta área mas, também para responder a uma necessidade da equipa de enfermagem. O presente relatório evidencia o percurso efetuado, através de uma análise crítica e reflexiva do mesmo, com base na evidência científica e ancorada na Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa apresentando os resultados obtidos. Nos dois primeiros momentos de estágio desenvolvi competências técnicas, científicas e relacionais na área tendo, para tal, utilizado a pesquisa bibliográfica, a observação da prática, a discussão com peritos da área, a colaboração na prestação de cuidados e a reflexão baseada na metodologia reflexiva do Ciclo de Gibbs na qual foram mobilizados os conhecimentos teóricos atuais e as recomendações para as boas práticas. No terceiro momento, que corresponde ao meu contexto de trabalho, apliquei as competências desenvolvidas nos locais anteriores e intervi junto da equipa de enfermagem. Inicialmente foi realizado um questionário para a identificação das principais áreas de interesse da equipa de enfermagem, no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida, e posteriormente foram planeadas sessões de formação para dar resposta aos temas identificados. No serviço ficou disponível um *poster* sobre a transmissão de más notícias, um folheto informativo sobre a gestão do impacto da má notícia e uma pasta partilhada nos computadores com documentos sobre as temáticas, sendo acessível a toda a equipa. Pretendo, num futuro próximo, continuar a aprofundar este tema e realizar formações de cariz prático para a equipa de enfermagem no âmbito do treino de estratégias comunicacionais.

**Palavras-chave:** pessoa em fim de vida, competências comunicacionais e enfermagem

## **ABSTRACT**

Communication within the context of nursing intervention is a cornerstone and, specifically, communication with the person at the end of life it is a particular area by distinct professional competence it requires. This was the theme selected for developing, during an internship course in three different contexts, nurse specialist skills in medical-surgical nursing area. This theme entitled "Communicating with the Person End of Life: Nursing Intervention" is due to a personal need to develop skills in this area but also to respond to a need of the nursing team. This report shows the route made through a critical and reflective analysis of the same, based on scientific evidence and anchored in Centred Nursing Theory in the person presenting the results. In the first two stages of moments developed technical, scientific and relational skills in the area having to do this, we used the bibliographical research, observation of practice, discussion with experts in the field, collaboration in providing care and reflection based on reflective methodology Gibbs Cycle in which the current theoretical knowledge and recommendations for good practice were mobilized. In the third phase, which corresponds to my work context, I applied the skills developed in previous local and intervened with the nursing team. Initially we conducted a survey to identify the main areas of interest of the nursing team, in communication with the person at the end of life, and were later training sessions planned to address the identified issues. The service became available a poster on the transmission of bad news, an information leaflet on the bad news impact management and a shared folder on computers with documents on the issues, being accessible to the whole team. I intend, in the near future, continue to deepen this issue and carry out practical oriented training for the nursing team in the training of communication strategies.

**Keywords:** person end of life, communication skills and nursing

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....</b>	<b>21</b>
1.1. Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A.....	21
1.2. Unidade de Internamento do Hospital B.....	34
1.3. Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C.....	45
<b>2. AVALIAÇÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>3. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS.....</b>	<b>59</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## APÊNDICES

<b>Apêndice I</b>	Guia “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Acrónimo COMFORT”
<b>Apêndice II</b>	Reflexão – EIHS CP do Hospital A
<b>Apêndice III</b>	Documentação das estratégias de comunicação observadas na EIHS CP do Hospital A
<b>Apêndice IV</b>	Reflexão II – EIHS CP do Hospital A
<b>Apêndice V</b>	Aplicação do Guia “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Acrónimo COMFORT”

- Apêndice VI** Questionário de Formação aplicado à Equipa de Enfermagem do Hospital C
- Apêndice VII** Resultados do Questionário de Formação aplicado à Equipa de Enfermagem do Hospital C
- Apêndice VIII** Plano da Sessão de Formação – Transmissão de Más Notícias - Protocolo de Buckman (SPIKES)
- Apêndice IX** Modelo de Avaliação das Sessões de Formação
- Apêndice X** *Poster* Transmissão de Más Notícias - Protocolo de Buckman (SPIKES)
- Apêndice XI** Plano da Sessão de Formação – Gestão do Impacto da Má Notícia
- Apêndice XII** Folheto informativo sobre a Gestão do Impacto da Má Notícia
- Apêndice XIII** Reflexão – Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C

## **ANEXOS**

- Anexo I** Caracterização dos Locais de Estágio
- Anexo II** Protocolo de Buckman - SPIKES

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração do presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório inserida no plano de estudos do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção de Enfermagem Oncológica da ESEL.

Este documento constitui o Relatório de Estágio denominado *Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Intervenção de Enfermagem* elaborado ao longo do terceiro semestre durante o estágio em três locais distintos da região de Lisboa. Os campos de estágio foram selecionados visando o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção de Enfermagem Oncológica, com especial enfoque no desenvolvimento de competências comunicacionais com a pessoa em fim de vida, contribuindo para a melhoria de cuidados no serviço onde exerço funções. Este trabalho tem como objetivos:

- Apresentar o percurso desenvolvido durante o estágio;
- Analisar crítica e reflexivamente o percurso realizado, tendo por base a evidência científica;
- Evidenciar os resultados obtidos no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, através de uma constante análise crítica e reflexiva.

O enfermeiro especialista deve ser dotado de competências específicas, assim menciona a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 2):

“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.”

No que concerne ao perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é apresentado no regulamento n.º 122/2011 publicado em 2011 no

Diário da República os quatro domínios de competências, nomeadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desenvolvendo a minha área de intervenção, há seis anos, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica num centro de oncologia de referência, em que permanentemente cuido de pessoas em situação de fim de vida, torna-se imperativo, na minha perspetiva, abordar a comunicação com a pessoa em fim de vida no sentido de estabelecer uma relação terapêutica centrada nas suas necessidades, pois através do processo de comunicação é possível aceder às necessidades particulares e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa. Esta ideia é partilhada por Fallowfield (2005) quando menciona que existe um aumento da consciência dos profissionais no que respeita à necessidade de comunicação efetiva em cuidados de saúde, especialmente com as pessoas que se encontram com um diagnóstico ameaçador e um futuro incerto.

A doença oncológica, em Portugal, é uma das principais causas de morte e uma das situações com maior impacto físico, emocional social e familiar, e ainda com elevado impacto ao nível da prestação de cuidados hospitalares, pois envolve a utilização de muitos recursos na sua prevenção, tratamento e reabilitação (Alves, 2013). É neste contexto que a doença oncológica se torna numa das prioridades das políticas de saúde nacional, assim revela a DGS (2013) no documento Portugal: Doenças Oncológicas em Números – 2013 quando realça que as previsões de cancro para Portugal apontam para um acréscimo de 12,6% nas próximas três décadas. É reconhecido que a trajetória de doença oncológica é pautada por diferentes fases de evolução com elevado grau de incerteza ao nível da etiologia, do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico (Pereira, 2008). A mesma autora revela que os diferentes tratamentos utilizados em oncologia, como a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia utilizados com intuito curativo ou paliativo desencadeiam reações não só a nível físico, mas sobretudo a nível psicológico

pelas alterações da imagem corporal, da autoestima e do autoconceito, interferindo na qualidade de vida das pessoas.

A especificidade da doença oncológica é elevada uma vez que se reveste de características com carga emocional e social de relevo. A experiência de uma doença como o cancro implica adaptação, aquisição de novas competências e mudanças na vida quotidiana a nível interpessoal, social e ambiental (Pereira & Lopes, 2005). A pessoa que apresenta um diagnóstico de doença oncológica experimenta uma multiplicidade e simultaneidade de sofrimentos, uma vez que tem uma doença grave que conduz a limitações da sua funcionalidade que se estende às áreas de interação familiar, profissional e social, e porque os tratamentos induzem efeitos colaterais (Justo, 2014). A trajetória da doença oncológica é marcada por várias fases, assim argumenta Brant (2010) quando refere que uma pessoa doente com cancro atravessa várias etapas, que começa com o diagnóstico e a confirmação do mesmo, os tratamentos que podem incluir a cirurgia, quimioterapia ou radioterapia e por fim a fase crónica e o fim de vida, onde os cuidados paliativos ganham grande dimensão. Desta forma, devido a multiplicidade de alterações que decorrem de um processo de doença oncológica a pessoa que se encontra em fim de vida apresenta particularidades que estão relacionadas com o seu processo de doença, experiências decorridas e a própria personalidade (Estanque, 2011), por isso a autora reforça que é necessário uma perspetiva em que a individualidade de cada um deve ser respeitada.

Torna-se importante esclarecer o conceito de pessoa em fim de vida, conceito central e descrito ao longo de todo o trabalho, por isso adota-se a perspetiva de Neto (2010) que descreve uma pessoa que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva na qual está patente grande sofrimento com necessidades elevadas de acompanhamento e com uma perspetiva de vida entre 3 a 6 meses.

A bibliografia consultada suporta que a pessoa em fim de vida apresenta necessidades específicas nomeadamente: físicas, psicológicas, sociais,

espirituais, emocionais, práticas e informacionais (Fitch, 2006). Neste sentido, numa situação de doença incurável e/ou grave e com prognóstico reconhecidamente limitado, a abordagem do enfermeiro fica incoerente se apenas se limitar à dimensão e ao alívio dos sintomas físicos devendo focar a sua ação também nas dimensões psicológicas, sociais e espirituais, no sentido de ajudar a pessoa doente e família a enfrentar e adaptar-se à brevidade do seu fim de vida de forma tão completa e construtiva quanto seja possível (Twycross, 2003). Para Phaneuf (2005) como a pessoa em fim de vida atravessa um período difícil a mesma descreve que os principais alvos de intervenção na relação de ajuda com as pessoas em fim de vida são a ansiedade, o medo, a culpabilidade, a angústia espiritual, a dependência, a solidão, a tristeza e as etapas do luto.

A pessoa com doença oncológica em fim de vida socorre-se habitualmente da família para enfrentar a situação complexa que está a vivenciar, por isso todo o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida inclui naturalmente a família. Perante a situação de doença crónica de um elemento da família a sua estrutura e organização alteram-se quebrando assim o equilíbrio da mesma, condicionando o desempenho de papéis e exigindo reestruturação familiar (Pereira e Lopes, 2005). A forma com a família responde à situação complexa de doença de um elemento depende da personalidade e circunstâncias individuais da pessoa doente, da natureza e qualidade das relações familiares, das reações da pessoa e família a perdas anteriores, da estrutura prévia da família e do momento evolutivo, da qualidade da habitação e do apoio da comunidade (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010). Entenda-se o conceito de família na perspetiva da OMS, apresentado em 1994, em que o ênfase é dado a componente relacional por isso descreve que o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Assim considera a família com um grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Na relação diária com a pessoa doente do foro oncológico em fim de vida, as dificuldades em responder a algumas questões que se verificavam através de

comportamentos de fuga e evitamento de questões, suscitaram-me interesse na procura da temática da comunicação para desenvolver competências específicas nesta área. Além de constituir uma inquietação pessoal, a temática da comunicação com a pessoa em fim de vida está bastante presente no meu contexto de trabalho, já que é um serviço de internamento de oncologia médica onde grande parte das pessoas internadas estão numa situação de fim de vida, sendo estes os motivos principais que me levaram à escolha da temática. A própria perceção da equipa de enfermagem e o consenso na identificação desta necessidade foi outro fator de enorme importância.

Efetivamente, a morte e o morrer são uma temática particularmente difícil, até incómoda na nossa sociedade e Neto, Aitken & Paldrön (2004) afirmam que os profissionais de saúde são os que mais lidam com a morte na sua realidade diária, contudo a preparação e treino para gerir situações de fim de vida, especificamente a morte e questões sobre o sentido da vida, é insuficiente. Os diversos momentos de relação terapêutica com a pessoa constata-se de grande intensidade emocional em que esta decorre num contexto de cuidar no qual a proximidade da morte é um fator presente. A ideia transmitida por Neto, Aitken & Paldrön (2004) era a mesma que fazia eco nos meus pensamentos quando questionava... *Porque os profissionais de saúde se sentem constrangidos em abordar a pessoa doente sobre o fim de vida? E até mesmo... Porque evitam os profissionais de saúde de falar, entre si, no fim de vida?* Verifico na prática diária que os enfermeiros compreendem a importância da última etapa do ciclo vital, mas sentem dificuldades em abordar assuntos sobre a morte e sobretudo em comunicar com a pessoa em fim de vida e respetivas famílias. Esta perspetiva é partilhada por Saraiva (2009, p. 2) quando menciona

“Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia (...) angústia porque não sabe como comunicar efetivamente com o doente e seus familiares.”

Esta dificuldade pode estar relacionada com a falta de formação dos profissionais nesta área, sendo importante o desenvolvimento de competências que permitam melhorar a abordagem com as pessoas em fim de vida. Sapeta (2003) defende esta ideia bem como as dificuldades que os enfermeiros sentem quando confrontados com a realidade dos serviços onde desempenham as suas funções, com a necessidade de dar resposta aos problemas das pessoas em fim de vida. Na perspetiva de Kovács (2006) o enfermeiro é o elemento que tem uma interação mais presente e constante com a pessoa em fim de vida, situação que deveria ser facilitadora do processo de comunicação, contudo porque é que se torna difícil o processo de comunicação com a pessoa em fim de vida? Da mesma forma Abiven (2001, p. 156) relata “a confrontação quotidiana com a morte, a morte do outro, não fantasiada mas real, representa uma lembrança diária a nossa própria mortalidade, do nosso caráter findável”.

A comunicação é uma dimensão intrínseca à natureza humana e considerada por Araújo (2009, p. 210) “um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado ao fim de vida”. Phaneuf (2005, p. 23) descreve a comunicação “como um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” que se transmite pela componente verbal e não-verbal. Para Alvarenga (2009) comunicar é mais do que o ato de dar informação, comunicar é um processo que requer a participação dos profissionais de saúde, do doente e dos cuidadores informais e cujo ritmo, a quantidade e a profundidade de informação são determinadas pela pessoa doente. Esta ideia é também partilhada por Querido, Salazar & Neto (2010) quando diferenciam comunicação de informação argumentando que muitas vezes estes conceitos são utilizados de forma indistinta, mas a informação é apenas uma parte do processo de comunicação. No contexto dos cuidados paliativos o processo de comunicação é transversal a diversos temas de acordo com as dúvidas e os interesses da pessoa, e frequentemente mudam com a evolução da situação relacionando-se cada vez mais com aspetos concretos (Querido, Salazar & Neto, 2010).

Araújo & Silva (2012) estudaram as estratégias de comunicação em cuidados paliativos, sendo peremptórios quando se referem às competências de comunicação como um importante atributo do cuidado em fim de vida, seja pelo cuidado com que as notícias são comunicadas, seja pelo apoio emocional que a comunicação permite oferecer à pessoa que sofre, seja enquanto instrumento que permite a identificação das necessidades multidimensionais da pessoa. Na linha de pensamento de Querido, Salazar & Neto (2010) a comunicação é considerada como elemento complexo no âmbito dos cuidados de saúde, especialmente em cuidados paliativos. As mesmas autoras referem que as competências de comunicação são a pedra angular entre os profissionais de saúde e a pessoa doente, afirmando que a falta destas competências pode aumentar a ansiedade da pessoa e diminuir a satisfação com os cuidados prestados. Concretamente uma revisão da literatura de Almeida et al (2010) concluiu que a comunicação é uma intervenção autónoma de enfermagem que deve ser valorizada pois é uma intervenção promotora do alívio do sofrimento. No entanto, esta revisão não deixa de referir que a comunicação nem sempre é valorizada pelos profissionais de saúde pela dificuldade em abordar a temática do fim de vida, o que pode influenciar a qualidade dos cuidados.

Ao estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa em fim de vida é natural que a comunicação atravesse temas específicos como a morte, o sofrimento, o medo, a angústia, a esperança e a dignidade sendo estes conceitos igualmente importantes de refletir e trabalhar com a pessoa doente se assim esta entender. A ideia partilhada por Araújo (2009) é a de que o confronto com a inevitabilidade da morte induz a uma mudança no pensamento da pessoa em fim de vida e a uma alteração na prioridade dos assuntos a abordar. O mesmo autor (2009, p. 213) descreve “a preocupação com os familiares que ficam, o medo do desconhecido perante a morte, do sofrimento intenso no momento da morte e de estar sozinho quando tudo isso acontecer são comuns e geram intenso sofrimento psíquico para o doente”. Neto, Aitken & Paldrön (2004) partilha que o sofrimento é um problema central para estas pessoas, representando uma ameaça real à integridade da pessoa que se estende em áreas como o físico, o psicológico e o espiritual. Algumas fontes de sofrimento

são reveladas pela autora supracitada, nomeadamente “a perda de autonomia e a dependência de terceiros, sintomas mal controlados, perda de sentido da vida, perda de dignidade, perda de papéis sociais e estatuto, perdas de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação de expectativas e planos futuros e o abandono” (Neto, Aitken & Paldrön, 2004, p. 24).

Hennezel (2009, p. 11) refere que a pessoa antes de morrer entra num espaço de tempo muito íntimo em que “tentará transmitir aos que a acompanham o essencial de si própria. Através de um gesto, de uma palavra, às vezes somente de um olhar, tentará dizer o que verdadeiramente conta, e que ela nem sempre pôde ou soube dizer”. A morte como processo complexo e individual conduz a inúmeras alterações nas necessidades das pessoas que se confrontam com o fim de vida. Já no ano de 1979 estes aspetos eram atendidos através de Kübler-Ross, sendo esta autora pioneira na abordagem à pessoa em fim de vida, que conduziu a uma tomada de consciência dos profissionais de saúde, uma vez que a autora centrando-se nas pessoas em fim de vida documentou as necessidades por satisfazer das pessoas e das suas famílias. Magalhães (2009) refere que o trabalho de Kübler-Ross foi um importante promotor da dignidade do morrer.

O processo de fim de vida está associado a diversos sentimentos como dor, sofrimento e perda impelindo a pessoa para uma condição de fragilidade. Kübler-Ross (2008) descreveu cinco estádios pelos quais atravessam as pessoas em fim de vida. Sendo a morte uma circunstância individual influenciada por vários fatores, estes estádios podem não ser vividos numa sequência exata tudo depende da pessoa e das suas crenças sobre si e sobre a situação. A negação surge como defesa temporária em que a pessoa nega a existência do problema “*não, eu não, não pode ser verdade*”; a raiva ocorre pela situação em concreto sendo expressa através sentimentos de revolta, fúria, inveja e ressentimento em que a lógica de pensamento passa a ser “*porquê eu?*”; a negociação verifica-se quando a pessoa tenta fazer algum tipo de acordo com ela mesma ou direcionado à religiosidade sendo geralmente mantidos em segredo “*Deus, deixa-me ficar bem de saúde, só até o meu filho crescer*”; a

depressão sucede quando a pessoa já não consegue negar mais a doença e surge um sofrimento profundo como tristeza, culpa, desesperança e medo, é um momento com grande introspeção e necessidade de isolamento *“não tenho capacidade para lidar com isso”*; a aceitação acontece se a pessoa teve tempo suficiente para trabalhar as etapas anteriores e já não se sente deprimida nem revoltada com o seu destino *“posso aprender com isto e melhorar”*.

Toda a argumentação supracitada revela a pedra basilar que é a comunicação em cuidados de saúde especialmente no contexto da enfermagem oncológica, sendo igualmente pertinente compreender a forma como se desenvolve o processo de interação do enfermeiro com a pessoa em fim de vida, bem como as competências comunicacionais que o enfermeiro tem de mobilizar na sua prática. Desta forma, seguidamente são descritas algumas das estratégias de comunicação mais referidas na pesquisa narrativa efetuada. A escuta ativa é para Peixoto e colegas (2012, p. 7) *“ouvir de modo atento, disponível e comprometido, num esforço de compreensão do que é dito e de quem diz, de empatizar antes de analisar, para que o locutor se sinta não só compreendido mas igualmente sentido”*. Quando os autores referem que é importante compreender *“quem diz”* estão a referir-se ao entrar no mundo do outro no que diz respeito às suas expectativas, crenças sobre a doença, receios, objetivos, necessidades e recursos que são particulares e distintos do profissional de saúde. Assim, consideram que saber entrar neste mundo do outro é a forma de ajudar, de apelar aos recursos internos e externos da pessoa, de fomentar uma aliança terapêutica e sobretudo de respeitar o outro. Especificamente estes autores enfocam a ideia de que é importante trabalhar qualidades e desenvolver competências dos profissionais no âmbito da comunicação, como competências de recolha de informação, competências de motivação, competências de relação e aliança, competências de autoconhecimento e competências de entrevistador.

Kissane, Bultz, Buton, & Finlay (2010) evidenciam diferentes estratégias de comunicação, nomeadamente as estratégias de questionamento as quais permitem clarificar, convidar e incentivar a pessoa a colocar questões e

reformular questões; as estratégias empáticas que possibilitam reconhecer, normalizar, legitimar, encorajar a expressão de sentimentos, valorizar os esforços da pessoa e expressar disponibilidade para ajudar e as estratégias de organização de informação que incluem o elucidar sobre os assuntos a abordar e sumarizar o que foi abordado.

A empatia e a compreensão empática são conceitos similares que visam o mesmo objetivo concretamente permitir que a pessoa se sinta ouvida, compreendida, tranquilizada e não-julgada ou criticada, encorajando-a na partilha de informação (Peixoto et al, 2012). Estes autores sistematizam a empatia como: nomear ou refletir a emoção, validar/normalizar a emoção, apoiar a pessoa, respeitar e formar aliança enfatizando que demonstrar a empatia é também visível na comunicação não-verbal nomeadamente através do contato ocular, segredos vocais, expressão facial, aceno com a cabeça, fazer e respeitar silêncios. Demonstrar empatia é assim fundamental para atribuir profundidade à relação que se torna mais credível, confiante e segura entre os intervenientes. Lazure (1994), autora de referência no que respeita à relação de ajuda, realça a empatia como a pedra angular de toda a relação de ajuda, sendo uma das competências de comunicação mais complexas, em que a prática é a melhor aliada do enfermeiro. Ainda na mesma linha de pensamento Pacheco (2004) enfatiza que a relação de ajuda não implica uma presença constante, mas sim uma presença atenta em que a escuta, empatia e congruência devem reger a atitude do enfermeiro.

Para sustentar a interação centrada na pessoa doente, é fundamental centrar-se na pessoa, na sua situação, no que está a sentir e nas consequências da situação na sua vida. Neste sentido, surge a Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa desenvolvida por McComarck e McCance (2010) como quadro de referência que sustenta este trabalho. A Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa é uma teoria de médio alcance e desenvolve uma perspetiva humanista do cuidar que assenta em quatro constructos, são eles:

- **Pré-requisitos** em que se incluem as competências profissionais na qual deve estar patente conhecimentos e capacidade de tomar decisão, as

competências interpessoais que refletem a capacidade de comunicar, o compromisso em que se verifica uma capacidade de dedicação e o autoconhecimento do enfermeiro que reconhece o seu ponto de vista e de como pode ter impacto nos outros;

- **Ambiente de cuidados** que incide sobre o contexto em que os cuidados são prestados. Neste contexto foram identificadas sete características do ambiente de cuidado, concretamente a combinação de competências, a tomada de decisão compartilhada, as relações entre as pessoas, os sistemas organizacionais, o poder, o potencial de inovação e o ambiente físico;
- **Centrado na Pessoa** uma vez que se trabalha com as crenças e valores da pessoa é necessário uma tomada de decisão partilhada, com uma presença autêntica e de compromisso, visando a prestação de cuidados holísticos;
- **Resultados esperados** incluem a satisfação da pessoa com os cuidados prestados a qual é incluída e envolvida nos mesmos promovendo um sentimento de bem-estar. É assim criada uma cultura terapêutica.

A relação entre estes constructos sugere que, para alcançar resultados centrados na pessoa, devem ser tidos em conta os pré-requisitos e o ambiente de cuidados que são necessários para a prestação de cuidados eficazes. Para o conceito de cuidar, os autores expõem que este é mais do que uma simples definição, é sim um conjunto de cinco elementos como uma característica humana, um imperativo moral, uma interação interpessoal, um afeto e ainda como uma intervenção terapêutica. É definido o conceito Enfermagem Centrada na Pessoa como uma abordagem para a prática estabelecida através da formação e do desenvolvimento de relações terapêuticas entre os prestadores de cuidados e as pessoas, sendo sustentada por valores de respeito, o direito individual à autodeterminação e a compreensão mútua.

A Teoria de Enfermagem Centrada na Pessoa descreve o metaparadigma Pessoa como um conceito não estanque e refere que a forma como a pessoa pensa sobre os valores morais, como expressa a política, as crenças espirituais

ou religiosas e como se envolve emocionalmente e nos relacionamentos são todas características moldadas pelos atributos como pessoas. O conceito de *Person-Centredness* assenta em quatro aspetos relevantes enfatizando que a pessoa é um ser que está em relação, é um ser num contexto social, é um ser num determinado contexto e ainda um ser dotado de valores pessoais. São estas características que em conjunto tornam a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem um ser particular e único. Por isso mesmo os princípios do cuidado centrado na pessoa incluem cuidar a pessoa como indivíduo único, respeitar os seus direitos como pessoa, construir uma relação de confiança mútua e de compreensão e desenvolver uma relação terapêutica. Esta teoria torna-se pertinente para a temática da comunicação com a pessoa em fim de vida, uma vez que valoriza e torna a pessoa parte integrante do plano terapêutico, considerando as suas crenças, valores, tradições culturais e a própria trajetória de vida aspetos relevantes no decorrer do seu processo de cuidados. Além disso esta teoria implica a partilha da responsabilidade a qual deve envolver um processo de negociação que tenha em conta os valores individuais para formar uma base legítima para a tomada de decisão, cujo sucesso está relacionado com processos de comunicação eficazes.

Para desenvolver competências no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida foram selecionados três locais de ensino clínico em instituições de referência para que os objetivos traçados fossem possíveis de alcançar. As instituições de saúde foram escolhidas tendo em conta a presença de enfermeiros com competências de comunicação bem desenvolvidas, peritos na área, bem como pessoas internadas com doença oncológica em fim de vida.

O Relatório de Estágio encontra-se delineado em três capítulos. Inicia-se pela execução das tarefas previstas onde está patente o percurso desenvolvido ao longo dos três ensinamentos clínicos constando os objetivos gerais e específicos, as atividades desenvolvidas e onde se refletem sobre questões éticas inerentes à prática de cuidados. A avaliação de todo o percurso de aprendizagem é exposto no segundo capítulo e para finalizar, no terceiro capítulo, são apresentadas as conclusões do trabalho visando as perspetivas futuras.

## **1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS**

Neste capítulo encontra-se patente o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo do estágio nos três contextos diferentes, sendo cada um dos momentos explicitado de forma individual. Para cada um dos contextos foi traçado um objetivo geral, vários objetivos específicos e enunciadas atividades a desenvolver. Assim, é apresentada uma breve caracterização de cada local de estágio, a identificação e o desenvolvimento das atividades estabelecidas bem como os resultados obtidos. A metodologia utilizada neste percurso de aprendizagem foi a de projeto com recurso ao referido estágio, tendo sido utilizada a pesquisa bibliográfica na procura da melhor evidência científica, realizada em bases de dados científicas como a *MEDLINE with Full Text* e *CINAHL Plus with Full Text*; na observação de profissionais de saúde; na observação, discussão e reflexão com peritos da área da comunicação; na construção de documentos de apoio à prática e na prestação de cuidados de enfermagem. Através dos vários momentos de estágio tive a oportunidade de colocar em prática e treinar competências do âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida. É, igualmente, de relevo referir que em todo este percurso a prática reflexiva, com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs, esteve ancorada para integrar o conhecimento teórico às experiências vivenciadas.

### **1.1. Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A**

Este momento de estágio decorreu de 29 de Setembro de 2014 a 7 de Novembro de 2014 num total de 144 horas (Anexo I), onde tive a oportunidade de acompanhar a EIHS CP quer na intervenção em contexto de internamento hospitalar quer nas consultas externas de cuidados paliativos.

De acordo com o Despacho n.º 10429/2014 publicado em Diário da República (2014, p. 20826) a atuação da EIHS CP visa prestar

“Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, aos doentes e suas famílias, assim como, assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”.

Seguindo a definição da OMS (2002), os cuidados paliativos surgem no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas em fim de vida e das suas famílias. Numa situação de doença avançada, em que não se pretende acelerar nem adiar a morte, torna-se essencial promover o conforto da pessoa e da sua família, integrando nos cuidados aspetos psicológicos e espirituais ajudando-os a enfrentar a morte como um processo natural. Consultando a Lei n.º 52/2012 de 05 de Setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – publicada em Diário da República a prestação de cuidados paliativos é assegurada através de uma rede pública em regime de internamento e ambulatório no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Nesta perspetiva, os cuidados paliativos são uma parte vital e integrante dos serviços de saúde e para que o seu desenvolvimento se mantenha é importante que estes sejam vistos como estratégias de melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas. É fundamental assumir que os cuidados paliativos são um imperativo ético, organizacional e um direito humano (Henriques & Simões de Oliveira, 2011).

Lugton & Kindlen já no ano de 1999 realçavam o papel do enfermeiro em cuidados paliativos referindo-se a um estudo de 1992 de Davies & O´Berle que explorou as componentes do papel da enfermagem em cuidados paliativos assumindo-se como de suporte em múltiplas dimensões. Como tal, os autores desenvolveram um modelo composto por seis dimensões relacionadas entre si: valorização, estabelecimento de uma relação, capacitação, fazer por, encontrar sentido e preservar a integridade, sendo cada uma delas descortinadas pelos autores. Consideram que um enfermeiro especialista em cuidados paliativos deve ter qualidades humanas, tal como, a compaixão e a empatia aliadas ao conhecimento profissional, experiência na área e competências de comunicação

efetivas. Um estudo de Bragança (2011) conclui que a prestação de cuidados competentes e de qualidade, no âmbito dos cuidados paliativos, é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde em que cada um foca determinada área de acordo com a sua formação e especialidade, no entanto reforça o papel do enfermeiro na medida em que é um profissional com elevada capacidade de potencializar o cuidar especialmente no que respeita à avaliação e intensidade de sintomas físicos e psicológicos, bem como à sua monitorização.

De acordo com a tomada de posição do Conselho Internacional de Enfermeiros (2000) os enfermeiros são membros chave das equipas multidisciplinares que cuidam das pessoas em fim de vida e respetivas famílias. Sustenta ainda que constitui uma responsabilidade fundamental e que os enfermeiros têm formação específica que permite o alívio da dor e do sofrimento. Capelas (2014, p. 42) exprime que “os cuidados paliativos são simultaneamente uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e altamente estruturado para a prestação de cuidados tecnicamente competentes (...)” Em síntese, os cuidados paliativos dirigem-se mais à pessoa do que a doença, promovem o alívio do sofrimento, instituem uma aliança com a família, fomentam uma comunicação eficaz entre os vários intervenientes, promovem o aconselhamento no luto e são implementados por uma equipa multidisciplinar.

A intervenção desta EIHS CP acontece após solicitação dos médicos das diversas especialidades com o objetivo de uma intervenção específica e multidisciplinar no âmbito dos cuidados paliativos, traduzindo-se numa melhor abordagem à pessoa com doença oncológica em fase avançada. A importância do trabalho em equipa é uma das características realçadas por Neto (2010) quando afirma que o trabalho em equipa é essencial em cuidados paliativos sendo, inclusivamente, um dos seus constituintes. Publicado no *European Journal of Palliative Care* existe um artigo da EAPC dos autores Gamondi, Larkin & Payne (2013, p. 6) que traduz as dez competências interdisciplinares centrais em cuidados paliativos e neste este estágio em concreto pretendi focar o ponto 9 que visa “desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos”.

Para este momento estágio foi definido o objetivo geral de desenvolver competências de enfermeiro especialista no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida e foram traçados objetivos específicos dentro dos quais é descrita cada atividade desenvolvida conforme passo a expor.

- ✓ Consolidar conhecimento sobre as intervenções de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida
- ✓ Utilizar a melhor e mais recente evidência disponível na prática clínica no que respeita às intervenções de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida

Ao longo do estágio foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, em bases de dados científicas, para encontrar a melhor e mais recente evidência da intervenção de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida de forma a sustentar as intervenções de enfermagem. Para dar resposta a um dos objetivos estabelecidos foi reunida uma seleção de cinco artigos científicos recentes que abordam o tema da comunicação com a pessoa em fim de vida e a intervenção de enfermagem. Para a seleção dos artigos recorreu-se ao motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados MEDLINE *with Full Text* e CINAHL Plus *with Full Text* em Outubro de 2014. Foram definidos os seguintes descritores (Palliative Care) and (Communication Skills) and (nurs\*) e ainda artigos em texto integral publicados entre 2010 e 2014. Desta pesquisa emergiu que a comunicação é um importante indicador da qualidade da prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e família.

Perante os resultados da pesquisa supramencionada foram selecionados cinco artigos científicos, determinados após leitura e interesse para o desenvolvimento de competências, que foram incluídos num *dossier* para constituir um arquivo de artigos e uma consulta rápida sobre a comunicação em fim de vida e as principais estratégias de intervenção no âmbito da enfermagem tendo sido disponibilizado à equipa da EIHS CP. De forma particular, foi dado enfoque a um artigo denominado *Palliative Care Communication in Oncology*

*Nursing* de Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013) que assenta na ideia de que os enfermeiros da área de oncologia apresentam de forma recorrente desconforto ao comunicar com as pessoas doentes e as suas famílias sobre temas em fim de vida, apresentando, desta forma, um modelo holístico de intervenção de enfermagem para a comunicação com a pessoa em fim de vida, concretamente o acrónimo - COMFORT - no qual cada letra corresponde a uma área específica de intervenção. Este artigo revelou-se pertinente, para o desenvolvimento de competências no âmbito das estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida, na medida em que contribuiu para a elaboração de um documento baseado no acrónimo COMFORT, o qual designei por “Guia de Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Acrónimo COMFORT” (Apêndice I) para estruturar a abordagem à pessoa em fim de vida, sendo utilizado neste contexto e nos seguintes.

Para a equipa multidisciplinar da EIHSCP foi realizada, num momento determinado para o efeito, uma partilha com intuito reflexivo sobre este artigo dando a conhecer os principais pontos do mesmo. Estas duas atividades quer a apresentação do artigo quer a elaboração do documento, que sintetiza as setes áreas de intervenção da enfermagem em cuidados paliativos, revelaram-se decisivas para criar um guia orientador a utilizar na identificação e treino das competências comunicacionais nos próximos contextos, promovendo a estruturação do pensamento na abordagem à pessoa em fim de vida e família.

Perante a constante evolução da profissão de enfermagem é importante um contínuo de saberes para solidificar o processo de competências, assim refere Benner (2001) quando reforça a necessidade de formação contínua argumentando que é desta forma que se desenvolvem profissionais com competências. Benner (2001, p. 40) menciona que “há muito para aprender e muita coisa a apreciar, à medida que as enfermeiras descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos significativos que estão no âmbito da arte e da ciência de enfermagem”. Tendo por base esta linha orientadora procurei formação no domínio a desenvolver competências. Assim, e durante este período de estágio

decorreu no Hospital da Luz uma formação designada “*Comemoração do Dia Mundial de Cuidados Paliativos – O apoio à Família em Cuidados Paliativos*” no dia 16 de Outubro de 2014 na qual estive presente e onde foi mencionada a importância da família enquanto parceiro na prestação de cuidados, mas também como unidade recetora de cuidados, por isso foram abordadas temáticas como a vivência dos cuidadores, o luto e as necessidades da família por vários grupos profissionais. Após terminar a formação reforcei a importância de estar presente, já que a família é um dos elementos chave a incluir na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida. A participação em formações contínuas no âmbito profissional é de relevo, uma vez que com as mesmas surgem reflexões inerentes ao tema bem como aquisição de novos e recentes conhecimentos. Esta formação em concreto alertou-me para a necessidade de treinar a comunicação e o apoio à família, conduzindo-me à pesquisa sobre o tema e à identificação de uma área de eleição a incidir para a formação no meu contexto de trabalho.

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem no domínio da comunicação que os enfermeiros utilizam na abordagem à pessoa em fim de vida

Mais do que pensar senti verdadeiramente que a comunicação não obedece a regras rígidas e concretas, sendo pelo contrário dinâmica e subjetiva, como tal requer que o profissional compreenda e integre na relação a singularidade e unicidade da pessoa com quem está a interagir. Desta forma, percebi que o desenvolvimento de competências na área da comunicação em fim de vida é desafiante requerendo disponibilidade, motivação e interesse por parte do profissional de saúde. Toda a abordagem serena e tranquila com evidência de total disponibilidade, dos diversos elementos da equipa para com a pessoa, foi o que mais ressaltou perante a minha observação no final da primeira semana. Esta disponibilidade traduz-se no respeito pelo outro enquanto pessoa que é, na sua individualidade, na capacidade de escutar verdadeiramente o que dizem dando retorno com questões que demonstram interesse na sua vivência e ainda no reconhecer as suas necessidades e os sentimentos expressos.

A abordagem da equipa de enfermagem reveste-se de uma comunicação centrada na pessoa sendo o diálogo conduzido e priorizado pela mesma e o enfermeiro encaminha, explora e promove a expressão de sentimentos e emoções sempre com um objetivo terapêutico. Constato, assim, já um dos objetivos definidos pela EIHS CP o qual se reflete na identificação das necessidades específicas de cada pessoa e na sintomatologia descontrolada para uma resposta eficaz e personalizada, sempre com vista a minorar o sofrimento decorrente do processo de doença. Não existem discursos iguais, respostas iguais e muito menos pessoas iguais. Esta ideia foi reforçada logo após a primeira semana em que acompanhei a EIHS CP, pois as diversas pessoas acompanhadas pela equipa abordaram diferentes temáticas ao contrário daquilo que inicialmente tinha como pré-conceito em relação ao padrão de comunicação em fim de vida, ou seja, acreditava que os temas mais abordados afluíam assuntos sobre a morte.

A morte e o processo de morrer são naturalmente uma das temáticas que a pessoa coloca, contudo questões relacionadas com a família, o sofrimento, a dor e até o tempo de espera para uma UCP são igualmente assuntos de extrema importância para a pessoa doente. Relembro-me inclusive que no terceiro dia de estágio acompanhamos quatro pessoas e cada uma enfatizou um assunto distinto. Foi neste sentido que compreendi a importância de um enfermeiro seguro, disponível e dinâmico na abordagem dos diversos assuntos que as pessoas sentem necessidade de exprimir. Aliás, Twycross (2003, p. 16) afirma que “cuidados paliativos são cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida e suas famílias”, reforçando que a ação dos cuidados paliativos estende-se além do alívio de sintomas, implicando apoio psicossocial e trabalho em equipa aliado a uma comunicação apropriada. É através da comunicação que a equipa estrutura um primeiro contato com a pessoa e com a qual se desenvolvem intervenções individualizadas e adequadas às suas reais necessidades. Mais do que um documento estruturado de questões a abordar no fim de vida é no contexto da prática diária que é possível desenvolver e melhorar a comunicação. Para Stefanelli, Carvalho & Arantes (2005, p. 4) “é no desempenho da função técnica que a competência em

comunicação tem de ser associada, no mesmo nível da importância, à competência clínica, para que o paciente possa ser privilegiado com cuidado de alta qualidade científica e humanitária (...).”

O cuidado de enfermagem centrado na pessoa revela que é fundamental que o profissional se centre na pessoa, na sua situação, nas suas emoções e nas consequências da situação na sua vida (McComarck & McCance, 2010). Numa primeira etapa é inequívoco que a identificação das necessidades da pessoa doente é o ponto de partida e já nesta fase reside uma competência fundamental de relacionamento interpessoal, de conseguir abordar a pessoa de forma subtil, mas empática com discurso de interesse e total atenção para que a mesma se sinta confiante e que exprima as suas principais necessidades. Esta aprendizagem sobre a primeira abordagem foi descobrindo ao longo do percurso com os diversos elementos da EIHSOP. Desde o cumprimentar com serenidade à apresentação do profissional de saúde e à sua função na equipa, ao sentar próximo com o olhar ao mesmo nível até à interação final todo o tempo é apenas despendido com a pessoa sem que nenhum fator externo possa interferir, indo estas observações ao encontro ao consultado na bibliografia encontrada. A própria linguagem clara e acessível reveste-se de vital importância nestas abordagens. Foi esta disponibilidade de presença e de tempo que mais realçou perante a minha observação. Não existem tempos contados, cada pessoa tem manifestações diferentes e até a mesma pessoa acompanhada pela EIHSOP apresenta diferentes necessidades nas várias intervenções diárias tendo em conta as suas preocupações e a própria disponibilidade emocional. A disponibilidade dos profissionais da equipa é também demonstrada pelo comportamento não-verbal. Esta componente foi um aspeto que pude observar nos profissionais, debater com os mesmos e até ter um pensamento crítico sobre o meu comportamento perante as situações. A postura corporal, a expressão facial, o toque, o espaço pessoal, os gestos e os olhares são elementos não-verbais da comunicação e são fatores claramente determinantes (Tamparo & Lindh, 2007). Para dar ênfase a estas vivências recordo uma situação, na qual a comunicação não-verbal assumiu um valor decisivo, tendo desta aprendizagem

resultado numa maior capacidade em consciencializar a minha postura perante a pessoa e numa reflexão que está descrita no Apêndice II.

A realidade que vivenciei na EIHSCP confrontou-me com a dinâmica e ritmo do serviço onde exerço funções. Levou-me a questionar como é que num turno de oito horas em que o enfermeiro se encontra com a pessoa não se consegue desenvolver a profundidade de interação. Será que a dinâmica de internamento está formatada para dar resposta apenas às necessidades físicas e àquelas que são claramente observáveis?! Como é que se enfatizam cada vez mais os cuidados centrados na pessoa mas estes não se verificam na prática diária?! Mas é também verdade que as múltiplas situações que ocorrem em contexto de internamento hospitalar em que o enfermeiro é constantemente solicitado podem interferir numa abordagem profunda com a pessoa. É aqui que sinto que reside o meu desenvolvimento de competências. Por um lado manter o dinamismo a que o serviço exige mas tentar adequar tempo de intervenção necessário à pessoa, ou seja, se identifico uma necessidade imediata e prioritária no que concerne à comunicação em fim de vida é importante compreender a necessidade, manifestar interesse e dar feedback. Este feedback não reside em respostas únicas, mas sim em comunicação bidirecional em que os intervenientes escutam, partilham e decidem a melhor estratégia para a pessoa (Neto, 2010). As diversas observações que identifiquei e que se revelaram determinantes para o desenvolvimento de competências foram descritas em notas de campo que se encontram narradas no Apêndice III.

A importância da comunicação revelou-se, igualmente, pertinente para um adequado controlo de sintomas, um dos conceitos centrais dos cuidados paliativos, na medida em que através da comunicação é possível reconhecer, contextualizar, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem. Neto (2010) afirma que ao se proceder ao controlo de sintomas o profissional de saúde está a favorecer a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa doente e quando se destacam as doenças crónicas e avançadas a multiplicidade de sintomas é elevada, ou seja, raramente uma pessoa apresenta um único sintoma. Os princípios do controlo de sintomas nas pessoas em fim de

vida requerem uma avaliação inicial, a explicação das causas dos sintomas à pessoa e família, antecipação às queixas da pessoa, adoção de uma estratégia mista e a monitorização da sua evolução (Neto, 2010).

Perante a morte a pessoa tem de fazer o luto de todas as relações e principalmente fazer o luto de si própria (Pereira & Lopes, 2005). Este é designado o luto preparatório, definido por Barbosa (2010) como o luto que o doente em fim de vida faz para a separação. Por outro lado as perdas evidentes ao longo do ciclo da doença, particularmente durante a fase terminal, originam um processo de luto antecipatório, que se traduz na preparação do sistema familiar para a morte eminente do doente (Worden, 1998). Especificamente a pessoa com patologia oncológica em fim de vida experimenta sentimentos como negação, raiva, culpa e perda de controlo gerando uma condição de sofrimento. O conceito de dor total, dado a conhecer por Cicely Saunders, emergiu nesta aprendizagem. Este conceito é adotado por Twycross (2003, p. 84) “devido à natureza multidimensional da dor, é muitas vezes útil pensar em termos de dor total, que engloba os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento”. Barbosa (2010) considera que é fundamental avaliar de forma sistemática, integrada e oportuna estas várias dimensões do sofrimento que são únicas para cada pessoa. Cada pessoa interpreta a dor e o sofrimento de forma singular tendo em conta as suas experiências de vida, os seus valores pessoais e crenças, daí a pertinência do cuidar centrado na pessoa e nas suas características particulares. Se as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais não estiverem satisfeitas, surge o sofrimento e a pessoa não é capaz de refletir sobre a vida e o seu significado. Todos estes aspetos estão definidos e relacionados no modelo teórico adotado, que enfatiza a história de vida e as crenças de cada pessoa tornando-a singular e com um percurso próprio.

Foram vários os momentos em que testemunhei que as pessoas são mais importantes do que o processo de doença, sendo esta a ideia evocada por McComarck e McCance (2010). Confrontada diariamente com a realidade de pessoas com doença oncológica a doença torna-se parte integrante dos mesmos, sobressaindo a maior parte das vezes, mas refleti que não as deve

categorizar e a abordagem de enfermagem que observei foi sempre direcionada à pessoa e não aos sintomas. Nestas abordagens com a pessoa verifiquei que são muitas as que partilham um discurso orientado para si enquanto ser humano detentor de uma personalidade, de uma vida única que merece respeito e dignidade. Foram estes momentos vividos e que em conjunto com a enfermeira orientadora pude descobrir o que é o respeito pela pessoa e o que tanto se fala sobre a dignidade em fim de vida. Hesbeen (2000) partilha esta ideia ao afirmar que a pessoa não pode ser confundida com a doença, por isso mesmo é que não se aborda a pessoa da mesma maneira que uma doença.

Neste contexto de estágio pude estar presente numa conferência familiar na qual estiveram presente os elementos que constituem a EIHS CP, concretamente a médica, enfermeira, assistente social, esposa do doente, filho e filha e o assunto a tratar referia-se à vontade em cuidar do familiar no domicílio uma vez que o próprio manifestava essa vontade. O objetivo desta conferência era não só para abordar o estado clínico atual do doente, mas para discutir e organizar os apoios necessários no domicílio. Neste caso a gestão e o controlo de sintomas, a segurança da pessoa doente bem como a capacidade do familiar cuidador eram determinantes para uma alta com sucesso. Esta presença na conferência familiar remeteu-me para as aprendizagens que fortaleci na formação realizada, uma vez que testemunhei que cuidar no domicílio pode revelar-se com uma experiência física e emocionalmente desgastante sendo imperativo reunir as melhores condições para todos os intervenientes. A reorganização familiar, o reajuste de papéis, o confronto com situações que os familiares não estão habituados a gerir e o próprio impacto emocional são condições a avaliar quando se coloca a possibilidade de cuidar no domicílio, porque são situações geradoras de ansiedade face ao que é desconhecido. É determinante a equipa multidisciplinar avaliar se a família tem capacidade física, psicológica e emocional para cuidar de um familiar em fim de vida bem como das condições e características da habitação, da situação socioeconómica e para determinar quem é o cuidador principal assegurando que existe, sempre que possível, pelo menos mais um cuidador. É necessário o acompanhamento constante da pessoa e família realizando ensinamentos sobre cuidados de higiene,

alimentação, hidratação, mobilização, administração de medicamentos e os seus efeitos secundários (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010). O apoio à família é no sentido de promover ajuste pessoal à situação que vivencia, aumentando a capacidade de cuidar e de se adaptar à doença.

O seguimento em consulta externa de cuidados paliativos de pessoas com doença oncológica inscritas no Hospital A que se encontram no domicílio também foi outra valência em que tive oportunidade de estar presente. Estas pessoas são referenciadas pelo médico assistente para acompanhamento em consulta externa, visando não só o controlo de sintomas mas aspetos de ordem psicologia, emocional, social, espiritual e familiar. A prestação de cuidados é realizada em função das necessidades da pessoa e família e não só do diagnóstico tal como descreve o PNCP publicado pela DGS (2005). Nestas consultas está presente médica, enfermeira e assistente social sendo um momento no qual as dúvidas são dissipadas, pois cada grupo profissional intervém dando resposta às necessidades observadas. Além disto, a disponibilidade de um contacto telefónico em dias úteis das 8h às 16h para alguma dúvida confere mais segurança à pessoa e família. A presença nestas consultas foi importante para observar como as diferentes áreas da equipa multidisciplinar se articulam para facultar o que no momento da consulta esta a ser determinado como prioritário para a pessoa e família.

- ✓ Refletir sobre os conhecimentos desenvolvidos no que respeita à comunicação com a pessoa em fim de vida

Durante este percurso de aprendizagem foi possível colaborar na prestação de cuidados de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida, permitindo desenvolver competências para uma comunicação eficaz, contudo ao longo do estágio percebi que dada a complexidade das situações e das interações fazia sentido observar as estratégias e refletir sobre as mesmas. A intervenção de enfermagem não se esgota na pessoa doente sendo transversal à família que se encontra presente, por isso a comunicação com a família, o apoio emocional bem como a satisfação

das necessidades demonstradas pelos familiares foi também desenvolvido. O referencial teórico escolhido reforça a importância da dignidade da pessoa uma vez que encara o cuidar visando a unicidade da pessoa que se revela quando olhamos para a pessoa como um sujeito de valores, de direitos e com uma dignidade única, por isso a pertinência de refletir sobre a dignidade. Além disso, o cuidar a pessoa em fim de vida exige a participação ativa e a competência do enfermeiro, no sentido de satisfazer as suas necessidades, privilegiando o direito de receber bons cuidados bem como o direito de morrer com dignidade. Para Deodato (2006, p. 12) “a morte digna é tida como aquela que ocorre sem sofrimento, ou pelo menos, com o menor sofrimento possível” e que constitui uma exigência ética o proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível em que a pessoa está inserida no meio familiar. Assim também revela a Ordem dos Enfermeiros (2012, p. 74) quando no Artigo 78º do Código Deontológico evidencia como primeiro princípio geral que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Sendo o conceito da dignidade transversal aos cuidados de enfermagem e bastante difundido quando se refere ao fim de vida, descrevo no Apêndice IV uma reflexão com base na metodologia reflexiva do Ciclo de Gibbs que aborda a temática da dignidade da pessoa em fim de vida.

## 1.2. Unidade de Internamento do Hospital B

Este estágio decorreu na Unidade de Internamento do Hospital B no período de 10 de Novembro a 17 de Dezembro de 2014, contemplando um total de 160 horas (Anexo I). Durante este percurso de aprendizagem acompanhei a equipa de enfermagem em todas as atividades e intervenções às diferentes pessoas e famílias, focando a minha intervenção e desenvolvimento de competências nas pessoas com doença oncológica em fim de vida de forma a dar resposta aos objetivos traçados para este trabalho.

- ✓ Consolidar conhecimento sobre as intervenções de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida

No decorrer deste estágio deu-se continuidade à pesquisa em bases de dados científicas para encontrar a melhor e mais recente evidência da intervenção de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida, no entanto a pesquisa foi direcionada para a comunicação de más notícias. A má notícia é definida por Buckman (1984) como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspetiva do futuro num sentido negativo. A necessidade de particularizar este tema é respondida pela literatura consultada, dado ser uma temática transversal ao percurso da doença oncológica desde o diagnóstico inicial ao contexto de fim de vida, assim expõe Pereira (2008) quando se refere à importância da comunicação como terapêutica de suporte que se perpetua por toda a trajetória de doença, e ser uma das dificuldades dos profissionais de saúde, sendo classificada com uma das tarefas complexas da comunicação (Baile, Buckman, Lenzi, Guber, Beale & Kudelka, 2000; Pereira, 2008), que foi também identificada nesta equipa de enfermagem quando da sondagem de opinião efetuada.

Para tal foi utilizado o motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados MEDLINE *with Full Text* e CINAHL Plus *with Full Text* em Novembro de 2014. Foram definidos os seguintes descritores (Bad News) and (Communication Skills) and (nurs\*) e ainda artigos em texto integral, sem

limites temporais. Das pesquisas elaboradas emerge o consenso de que a comunicação de más notícias é transversal à prática de cuidados de enfermagem e a qual pode ser alvo de treino através do uso de *guidelines*. Foram selecionados dez artigos, após leitura e interesse para a temática, que foram reunidos num *dossier*, disponibilizado à equipa de enfermagem, e que ficou presente na sala de trabalho de enfermagem acessível a todos os enfermeiros para consulta.

Importa realçar que a comunicação de más notícias é um momento perturbador, tanto para a pessoa que recebe como para a pessoa que transmite, e gera sentimentos a ambos os intervenientes, nomeadamente ao profissional de saúde: ansiedade, medo, angústia, sentimentos de inutilidade e desconforto (Pereira, 2008). No decurso de um processo de doença oncológica, a comunicação de más notícias não está circunscrita a um único momento, mas são vários os momentos que constituem uma confrontação com a má notícia, como é o caso do resultado de um exame, informação sobre efeitos secundários dos tratamentos propostos, suspensão de um tratamento e ainda avaliação da eficácia do tratamento realizado (Gonçalves, 2013).

A literatura consultada orienta ainda para a vertente ética que a comunicação pode assumir, já que ao ato de comunicar emergem questões éticas e legais, que conduzem à necessidade de refletir diariamente na prática de cuidados, por isso a comunicação permite acesso ao princípio de autonomia da pessoa, ao consentimento informado, à confiança mútua, à informação que a pessoa doente e a família necessitam para serem ajudados e ajudarem-se a si próprios (Pereira, 2005; Pereira, 2008). Estas questões surgem na medida em que a pessoa tem o direito de saber em que ponto se encontra o seu percurso de doença e qual a melhor estratégia a seguir (Melo, 2005). Os dados obtidos, através da pesquisa elaborada, revelaram-se úteis para ampliar o conhecimento sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da comunicação de más notícias, permitindo uma melhor abordagem à pessoa e família bem como estruturar uma formação sobre a temática neste segundo estágio.

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem no domínio da comunicação que os enfermeiros utilizam na abordagem à pessoa em fim de vida
- ✓ Desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa com doença oncológica em fim de vida e família

Tendo por base a revisão da literatura efetuada até ao momento e as observações e reflexões efetuadas no contexto anterior decide-se utilizar o documento designado “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida – Acrónimo COMFORT” para dar resposta a uma das atividades definidas para este local de estágio. Este documento constitui um guia orientador da observação das estratégias de comunicação utilizadas em contexto de cuidados paliativos tendo por base o artigo denominado “*Palliative Care Communication in Oncology Nursing*” de Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013). O documento será utilizado durante a observação das estratégias de comunicação implementadas com o doente em fim de vida e seus familiares, tendo-se após cada interação, encontrado um momento de pausa e refletido criticamente sobre as estratégias implementadas identificando-as no acrónimo COMFORT, dado que este resultou da análise e estudo das estratégias de comunicação utilizadas por enfermeiros com a pessoa em fim de vida, sendo segundo os autores um modelo que poderá ser utilizado como norteador do treino de estratégias de comunicação para enfermeiros.

Os autores do artigo afirmam que os enfermeiros que prestam cuidados em contexto oncológico apresentam ansiedade na comunicação com a pessoa em fim de vida e família sendo o treino da comunicação um fator determinante para os cuidados paliativos. Realçam, ainda, que os cuidados paliativos priorizam o controlo de sintomas enfatizando a pedra basilar que é a comunicação com a pessoa e família no contexto da intervenção de enfermagem. O acrónimo apresenta sete domínios de intervenção que correspondem a cada letra inicial da palavra COMFORT para uma orientação guiada na intervenção do enfermeiro perante a pessoa em cuidados paliativos. Assim, é possível intervir em diferentes áreas para uma abordagem holística à

pessoa em cuidados paliativos bem com à sua estrutura familiar. Os setes domínios são os descritos seguidamente:

- C** – Comunicação
- O** – Orientação e Oportunidade
- M** – Presença Autêntica
- F** – Família
- O** – Disponibilidade/Abertura
- R** – Necessidades da pessoa e família
- T** – Equipa multidisciplinar

É igualmente importante realçar que os autores do acrónimo mantêm a atividade de investigação na área da comunicação em cuidados paliativos podendo esta revelar-se uma oportunidade de algum modo contribuir para o trabalho que está a ser efetuado nesta área. Com auxílio deste guia orientador documentei as interações realizadas com uma pessoa internada no Hospital B, que estão descritas no Apêndice V, e dão resposta a um dos objetivos estabelecidos para este percurso de aprendizagem e que resultou numa estruturação de pensamento na abordagem à pessoa, conduzindo a minha intervenção pelas setes áreas descritas no acrónimo. No entanto, urge realçar a área da família já que esta foi o aspeto mais trabalhado durante o estágio através da presença e participação em conferências familiares, bem como a área do trabalho em equipa multidisciplinar uma vez que perante a minha observação era um trabalho realizado em parceria, com a presença dos diversos elementos que compõem a equipa numa perspetiva de um objetivo terapêutico em comum.

As CF, neste momento de aprendizagem, revelaram-se como instrumento para o desenvolvimento de competências ao nível da abordagem à família, uma vez que tive oportunidade de estar presente e, inclusivamente, ter um papel de interveniente junto da família, uma vez que o recurso às conferências familiares é um instrumento por excelência na metodologia de trabalho da equipa onde foi realizado este ensino clínico. Para Neto (2003) a conferência familiar é uma forma de intervenção estruturada, constituindo um instrumento de trabalho para

os profissionais de saúde apoiarem as famílias, maximizando o sucesso das suas intervenções através da partilha de informação, de sentimentos e emoções, e na adaptação ou mudança de padrões de interação familiar. Especificamente, e de acordo com a mesma autora, as CF apresentam objetivos gerais bem definidos como clarificar os objetivos dos cuidados, reforçar a resolução de problemas e prestar apoio e aconselhamento. Guarda, Galvão e Gonçalves (2010, p. 758) acrescentam que a conferência familiar permite não só à família mas também aos profissionais de saúde em conjunto “elaborar e hierarquizar problemas, discutir as diferentes opções de resolução das situações e sumariar consensos, decisões e planos”.

A presença nestas CF foi importante para o meu percurso enquanto profissional para aprimorar a abordagem à pessoa e família, constatando quais as suas principais dúvidas, expectativas e preferências e como eram mobilizados os recursos para um cuidado centrado na pessoa e família. Além disso, estes momentos foram importantes para equacionar a possibilidade de realizar uma formação, para a equipa de enfermagem do meu contexto de trabalho, sobre a abordagem à família da pessoa com doença oncológica visando o impacto familiar e as necessidades dos mesmos.

Nas diversas intervenções de enfermagem com a pessoa em fim de vida que observei foi transversal a importância de incluir a família neste processo. Na minha prática de cuidados sou confrontada diariamente com indivíduos em fim de vida em que a família é o âmago de suporte. A família oferece, assim, apoio fundamental em todas as fases da doença, estando patente que é importante a sua participação e envolvimento durante todo o processo terapêutico, sendo necessário intervir para um equilíbrio da mesma enquanto sistema. Particularmente a doença oncológica ameaça a integridade física e psicológica da pessoa doente bem como da família e desta forma conforme menciona Pereira & Lopes (2005, p. 71) “nalgumas famílias, a doença oncológica aproxima a família, noutras separa, mas nenhuma consegue passar indiferente face à experiência de cancro”. A família, tal como a pessoa doente, sofre com o impacto de uma doença avançada, assim como refere Moreira (2001) a família é

igualmente unidade de intervenção, a doença não influencia apenas a pessoa doente mas a sua família na globalidade. Assim Moreira (2001, p. 47) expõe, quando uma família é “confrontada com a doença grave de um dos seus elementos, vive um tempo de mudança e toda a sua organização é afectada”. Assente nesta ideia, todos os autores consultados referem que cuidar da pessoa doente implica cuidar da família, por isso o enfermeiro tem de considerar a pessoa e a família como unidade em simultâneo a cuidar. É de realçar a importância que a família assume, uma vez que esta é uma referência na sua história de vida e como tal determinante no processo de doença. Para Neto (2003) a família ao partilhar os problemas da pessoa doente apresenta necessidades específicas e por vezes até mais complexas do que o doente.

Perante a perspectiva da morte criam-se desafios adaptativos que exigem uma reorganização imediata e a longo prazo bem como alteração das definições de identidade e objetivos da família (Walsh & McGoldrick, 1998). A adaptação para os autores supracitados não significa resolução ou aceitação completa e definitiva da perda, mas antes uma forma de descobrir maneiras de colocar a perda em perspectiva e de continuar com a vida. Barbosa (2010) descreve fatores preditores de luto complicado que incluem critérios afetivos, cognitivos, sociais, físicos, comportamentais e espirituais, devendo os profissionais de saúde atender aos mesmos (efetuando um *screening* da família em relação a estes critérios), de forma a poder ter uma atitude preventiva e promotora de um processo de luto normal.

Cada família apresenta uma estrutura única e com dinâmicas familiares particulares. O apoio à família é parte integrante dos cuidados, por isso Twycross (2003) no âmbito dos cuidados paliativos apresenta cinco grandes áreas de intervenção à estrutura familiar: comunicação com a família, envolvimento nos cuidados ao familiar, preparação de alta; explicação dos tratamentos e apoio no luto. O resultado de um estudo desenvolvido por Clayton, Butow & Tattersall (2005) enfatizou que as necessidades informacionais da pessoa doente são distintas da família, quando se discutem questões de prognóstico e de fim de vida. Hudson, Aranda e Kristjanson (2004) declaram a mesma ideia e de forma

resumida concluem que os familiares precisam de mais informação e apoio dos profissionais de saúde.

Numa pesquisa sistemática da literatura concretizada por Fonseca & Rebelo (2011) com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa em fim de vida concluíram que estas se situam ao nível da capacitação para a prestação de cuidados à pessoa, concretamente sobre cuidados de higiene, alimentação, eliminação, alternância de decúbitos, uso dos equipamentos, controlo dos sintomas e administração de medicação; comunicação na qual esteja patente compreensão, negociação e envolvimento nas tomadas de decisão; estabelecimento de uma relação de confiança, preparação para o luto, acompanhamento e envolvimento na prestação de cuidados e necessidades de ordem emocional, espiritual, descanso e informação. Conclui-se que o apoio à família é outra das grandes áreas de intervenção nos cuidados paliativos e quando efetuado adequadamente possibilita uma maior qualidade de vida do ponto de vista emocional e afetivo, assim como a diminuição do sofrimento e angústia inerentes à doença (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

No processo de desenvolvimento de competências a formação é essencial (Benner, 2001) e como tal neste ensino clínico também atendi a este aspeto e por isso frequentei a formação denominada “*Comunicação com o doente em fim de vida e sua família*” que decorreu nos dias 28 e 29 de Novembro de 2014, com a duração total de 14 horas, realizada pela APCP. Este foi mais um momento recheado de novas aprendizagens e consolidação de conhecimentos já existentes, no qual foram trabalhados temas como a comunicação em cuidados paliativos, a gestão e transmissão de más notícias, a conspiração do silêncio e as conferências familiares. Não estando inicialmente previsto como um objetivo para o ensino clínico o mesmo revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação em fim de vida, através de conteúdos teóricos e, principalmente, exercícios práticos baseados em situações *role-playing* tendo deste modo conseguido treinar situações específicas que vivencio na prática diária, mas com

supervisão de um perito, cujo feedback e orientação permitiu identificar aspetos a melhorar como o comportamento não-verbal. Foi ainda possível treinar as estratégias comunicacionais como a escuta ativa e a compreensão empática com os colegas presentes na formação, em que a presença autêntica, o promover a expressão de sentimentos, a relação de ajuda e a comunicação verdadeira se revelaram como componentes essenciais. Esta oportunidade revelou-se, igualmente, positiva e com bastante interesse para o projeto de implementação já que foi importante para pensar na estrutura de formação a desenvolver no terceiro estágio.

Neste contexto de estágio, foi ainda concretizada para a equipa de enfermagem da Unidade de Internamento do Hospital B, uma formação sobre a transmissão e gestão de más notícias. A seleção desta temática resultou da sondagem de opinião efetuada aquando das passagens de turno aos elementos que compõem a equipa de enfermagem. Trata-se de uma equipa jovem que demonstrou dificuldade em comunicar más notícias, em gerir a resposta da pessoa doente ou família a essa má notícia, bem como gerir o tipo de informação a transmitir. Além do mais, a dinâmica do serviço destina a comunicação de más notícias, bem como as conferências familiares, para a enfermeira responsável pelo serviço e como tal não existe experiência neste âmbito para os enfermeiros com menos experiência profissional. Desta forma, o tema selecionado foi sobre a transmissão e gestão de más notícias – Protocolo de Buckman (SPIKES). A formação foi realizada no dia 17 de Dezembro de 2014, durante cerca de 40 minutos, contando com a presença da enfermeira responsável, cinco enfermeiros, duas estudantes de enfermagem e a médica do serviço. Recorreu-se a uma dinâmica expositiva e interativa, onde foram dados exemplos pelos vários profissionais de situações já decorridas no serviço. Esta formação revelou-se útil para o meu crescimento, pois foi um primeiro momento de treino de formação a profissionais de saúde sobre o tema da comunicação, algo que estava previsto ser novamente realizado no meu contexto de serviço. Por outro lado, a formação também se revelou importante para a equipa de enfermagem, pois no final a avaliação da formação foi positiva e todos os elementos verbalizaram que estas partilhas se revelam importantes para lembrar aspetos

teóricos bem como para reforçar a intervenção eficaz do profissional de saúde. Foi ainda disponibilizado para a sala de enfermagem um *poster* de tamanho A4 com as principais etapas do Protocolo de Buckman – SPIKES.

Os enfermeiros comunicam más notícias, mas são também muitas as vezes que o enfermeiro é o profissional que gere o impacto da má notícia comunicada por outros profissionais. Para Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale & Kudelka (2000) e Buckman (2005) comunicar uma má notícia não é só uma competência complexa da comunicação, mas uma competência na qual é necessário saber responder às reações emocionais das pessoas. Mais garantem que este processo não é só difícil para a pessoa que vai receber a notícia, bem como para o profissional de saúde gerando sentimentos de ansiedade e medo. No caso dos profissionais os sentimentos inerentes à comunicação de más notícias cruzam o medo de ser culpado, o medo de expressar uma reação emocional, o medo de não saber dar resposta à pessoa e família, o medo das possíveis reações da pessoa e família e ainda os próprios medos pessoais (Pereira, 2005). Comunicar uma má notícia implica uma profunda sensibilidade, empatia e treino do enfermeiro uma vez que este profissional é um elemento próximo da pessoa e do qual se espera uma intervenção profissional que vise compreender e dar resposta as necessidades manifestadas pela pessoa doente. Magalhães (2009) revela que independentemente da natureza das dificuldades sentidas pelo enfermeiro no contacto com a pessoa em fim de vida é fundamental que encontrem sentido no trabalho que desenvolvem. Warnock (2014) também salienta que os enfermeiros têm um papel importante no processo de proporcionar informação ajudando a preparar para receber, compreender e gerir a má notícia. Buckman (2005) considera que, em qualquer especialidade clínica da oncologia, uma má notícia é sempre complexa quer seja no momento do diagnóstico, na recidiva, na progressão da doença ou na transição para cuidados paliativos. Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale & Kudelka (2000) sugerem que a comunicação de más notícias seja realizada através de um protocolo cujo acrónimo é SPIKES que é constituído por seis etapas e visa ser um documento orientador da prática do profissional, que é apresentado no Anexo I.

Podem existir dificuldades na interação pessoa e profissional de saúde no âmbito da comunicação de más notícias, Pereira (2008) agrupou-as em três categorias: dificuldades centradas no profissional - falta de disponibilidade de tempo, interrupção do momento, ausência de coordenação da equipa e atitude do familiar; dificuldades centradas no doente/família - compreensão e assimilação da informação; e dificuldades centradas na organização - condições físicas, rácio profissional de saúde/doente e a organização das consultas.

No contexto diário de cuidados são diversas as situações em que o enfermeiro se vê confrontado com situações na qual tem dúvidas sobre o que pode ou não transmitir bem como a quem. A proximidade emocional e o contato diário com a pessoa e família impulsionam estas dúvidas. Todavia, quanto à qualidade e quantidade de informação é explícito no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2012, p. 77 e 78) especificamente no Artigo 84º que

“No respeito pelo direito à autodeterminação da pessoa o enfermeiro assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”

Face à questão “que informação dar ao doente/família?” Parente (2004) considera que o profissional se deve mostrar disponível para transmitir a informação que a pessoa ou família deseja, tendo em consideração que quem decide a informação a que quer ter acesso é a pessoa em função dos seus próprios interesses. Mais reforça que a atitude paternalista dos profissionais se tornou obsoleta uma vez que se destaca a autonomia da pessoa e o direito de cada um decidir a sua própria vida. A disponibilidade de informação requer uma responsabilização da pessoa na tomada de decisões que lhe dizem respeito.

Neste estágio colaborei com os enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida em que

se salientou a abordagem à família. Como principais desafios encontrados destaco o equilibrar as expectativas da família face a situação clínica do familiar, por isso o recorrer à conferência familiar para criar um ambiente propício ao diálogo e à expressão de sentimentos, emoções, medos e expectativas. Nestes momentos a família é também alvo de cuidados de enfermagem na medida em que é um momento particular de reconhecer alterações físicas e emocionais face à situação vivenciada e por isso a intervenção de enfermagem é transversal à família, avaliando a capacidade e o desejos da família porque nem sempre os cuidadores têm capacidade para cuidar, nem sempre querem cuidar ou não têm condições para cuidar. O apoio à família é um dos pilares dos cuidados paliativos fundamentais para a prestação de cuidados de excelência (Twycross, 2003). O reconhecimento das necessidades específicas da família é vital para uma intervenção completa e adequada dos profissionais de saúde. Carvalho (2007) sublinha que assim é possível oferecer um apoio adequado à pessoa e respetiva família, proporcionando-lhes qualidade de vida, uma morte digna e serena e, um luto sem problemas. Para tal, o momento da CF revela-se chave neste aspeto, tornando-se um instrumento promotor do cuidado à família, no qual a possibilidade de reunir a família vai tornar a comunicação mais clara e a atuação dirigida à resolução e prevenção de problemas, promovendo assim a redução do sofrimento da pessoa e família (Bartolomeu, 2013). Este percurso de aprendizagem, onde as conferências familiares se destacaram, revela-se útil para o próximo momento uma vez que são facilitadoras do processo de comunicação traduzindo-se num desenvolvimento de competências nesta área permitindo consolidar a intervenção no meu contexto de trabalho.

### 1.3. Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C

O estágio no Serviço de Medicina Oncológica decorreu do dia 06 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015 num total de 152 horas (Anexo I). Esta última etapa do percurso correspondeu à fase de implementação do projeto no meu contexto de trabalho, e na qual se inscrevem outras atividades como é o caso do diagnóstico de situação (identificação das necessidades específicas dos enfermeiros no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida), formação à equipa de enfermagem e prestação de cuidados diretos.

- ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para as intervenções de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida

No início do estágio, através de conversas informais, expus a pelo menos 75% da equipa de enfermagem a pertinência da intervenção de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida, de forma a sensibilizar a equipa para a temática, bem como para o projeto a desenvolver no serviço. Além disso, no decurso da aplicação deste projeto em várias passagens de turno, perante situações particulares e complexas, questionei e até solicitei a opinião da equipa, perspetivando o objetivo de consolidar a importância da comunicação em fim de vida e proporcionar a discussão e reflexão sobre o assunto. Constatei o envolvimento e interesse dos colegas neste trabalho através do questionamento, das opiniões e da reflexão conjunta e este envolvimento foi fundamental, bem como o seu interesse e participação, para o êxito deste projeto.

- ✓ Utilizar a melhor e mais recente evidência disponível na prática clínica no que respeita às intervenções de enfermagem na comunicação com a pessoa em fim de vida

Como atividade para este estágio foi inicialmente programado a elaboração de um *dossier*, com os artigos científicos sobre a melhor e mais recente evidência sobre a comunicação com a pessoa em fim de vida para os

enfermeiros consultarem, no entanto após análise do *feedback* dado pelos colegas de serviço, pelo nível de envolvimento e interesse perante a sensibilização efetuada, bem como após discussão com o Enfermeiro Chefe do serviço, considerou-se que a estratégia mais pertinente para dar resposta ao manifestado pelos colegas seria a elaboração de um programa formativo. A concretização deste programa, que é explorado nos objetivos seguintes, foi definido com uma frequência mensal e versa as temáticas identificadas como pertinentes pelos enfermeiros, através da elaboração de um questionário, optando-se por metodologias ativas que estimulassem a partilha e o treino de estratégias comunicacionais. Este desafio foi aceite, tendo em conta várias perspetivas, por um lado para consolidar as competências desenvolvidas ao longo do percurso de aprendizagem e porque a formação no contexto de enfermagem “é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida, bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem” ideia sustentada por Hesbeen (2000, p. 138) permitindo uma melhoria continua dos cuidados e constitui uma estratégia de divulgar à equipa a mais recente evidência sobre a comunicação com a pessoa em fim de vida.

- ✓ Avaliar as necessidades específicas da equipa de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida
  
- ✓ Promover a melhoria da intervenção de enfermagem junto da pessoa em fim de vida no domínio da comunicação

Com o objetivo de avaliar as necessidades específicas da equipa de enfermagem, no domínio da comunicação em fim de vida, foi elaborado e aplicado à equipa de enfermagem um questionário, entregue a 32 enfermeiros tendo sido devolvidos 30 questionários preenchidos, cumprindo desta forma o indicador de resultado que foi estabelecido para 75% da equipa. É de relevo referir que foram respeitados os princípios éticos inerentes à aplicação de um questionário, sendo o ponto do anonimato e da confidencialidade dos dados uma circunstância bem definida para a equipa. Além disso, foi solicitado previamente

ao enfermeiro chefe, autorização para a sua aplicação. De acordo com Fortin, Côté & Fillion (2009) o questionário é um instrumento de colheita de dados, o qual pode ser constituído por questões abertas ou fechadas. Neste caso em concreto, o questionário tinha como objetivo principal compreender as áreas de interesse e as áreas de maior dificuldade da equipa de enfermagem no que respeita à comunicação com a pessoa em fim de vida. O questionário foi elaborado com questões abertas e fechadas num total de oito questões (Apêndice VI) e para a sua elaboração foram mobilizados os conhecimentos desenvolvidos nos contextos da prática clínica prévios e na pesquisa bibliográfica realizada.

Após receção dos 30 questionários estes foram alvo de análise e explicitados num documento em que constam os resultados obtidos com a aplicação do questionário (Apêndice VII). A análise efetuada demonstrou que áreas de maior interesse de formação da equipa são a transmissão e gestão de más notícias e o apoio emocional com 15 e 13 respostas, respetivamente, o que é consonante com as áreas de maiores dificuldades dos enfermeiros. É de salientar também a transmissão e gestão de más notícias como a área de maior dificuldade seguido do apoio à pessoa e família bem como a gestão dos silêncios. A escuta ativa apresenta-se como a técnica mais utilizada, num total de 28 respostas, não sendo referida como uma área de dificuldade por nenhum enfermeiro. Como estratégia de divulgação dos resultados optou-se por apresenta-los individualmente à equipa de enfermagem, aproveitando o início da primeira formação, com a intenção de manter a proximidade à temática dos diferentes elementos da equipa, bem como o seu envolvimento no próximo passo do projeto (formação).

Face às necessidades identificadas, através da aplicação do questionário, definiu-se um programa de formação que abordou as temáticas da transmissão de más notícias e a gestão do impacto das mesmas, privilegiando-se uma metodologia ativa e participativa recorrendo-se a estudos de caso de situações reais da prática diária para demonstrar a mobilização das estratégias comunicacionais no contexto da prática clínica. Tendo sido uma necessidade

identificada, contextualizada num serviço que acompanha diariamente pessoas confrontadas com más notícias, o percurso formativo foi iniciado com uma sensibilização sobre a transmissão de más notícias, concretamente o Protocolo de Buckman (SPIKES), que foi realizado no dia 05 de Fevereiro de 2015 a qual contou com a presença de 12 enfermeiros. O plano de sessão da formação está contemplado no Apêndice VIII e no final da formação foi entregue um documento para os colegas preencherem de forma a avaliar a sessão de formação (Apêndice IX), que a equipa considerou bastante positiva considerando a adequação dos conteúdos da sessão e a sua utilidade como os pontos principais, bem como a dinamização e estrutura da formação. Esta formação foi o meu primeiro contacto, enquanto formadora, que tive perante a minha equipa e naturalmente sentimentos como ansiedade e medo estiveram presentes, no entanto revelou-se um momento de reflexão e partilha em que a equipa de enfermagem realçou a importância de relembrar aspetos teóricos que são tão utilizados nos cuidados de enfermagem especialmente no contexto da oncologia, mas principalmente para estimular a equipa de trabalho a pensar e refletir sobre o assunto na perspetiva de melhorar as práticas de cuidados.

Desta formação resultou ainda um *poster* com os passos do acrónimo SPIKES (Apêndice X) que ficou exposto na sala de trabalho de enfermagem, de modo a que todos os elementos da equipa possam ir relembrando os passos recomendados na transmissão das más notícias, podendo ainda ser um mote de promoção da discussão desta temática em equipa aquando da prática diária.

Posteriormente foi elaborada uma formação denominada Gestão do Impacto da Má Notícia que foi realizada em dois momentos (13 de Fevereiro de 2015 e 06 de Março de 2015) numa perspetiva de assegurar o maior número de presenças de enfermeiros, uma vez que a equipa de enfermagem é extensa (Plano de Sessão – Apêndice XI). Esta formação enfatizou as estratégias de comunicação descritas na literatura na abordagem à pessoa em fim de vida e a mesma decorreu com interesse e participação da equipa, tendo sido utilizada a metodologia participativa e interativa de forma a estimular e dinamizar a formação, como questões abertas, tempestades de ideias e estudos de casos

significativos à equipa. No mesmo formato da sessão de formação anterior foi entregue aos colegas o documento para avaliação do momento formativo (Apêndice IX), que se revelou igualmente importante para a equipa pela complementaridade dos conteúdos já anteriormente abordados, que diariamente são necessários para uma prática de cuidados de excelência, mas também pelo dinamismo que se foi conseguindo criar com a discussão de situações reconhecidas por todos os elementos.

Perante as necessidades da equipa utilizei casos clínicos do conhecimento e significativos para a equipa de enfermagem, pois como afirma Bártolo (2007, p. 19) “a aprendizagem, integrada nas situações de trabalho de cada profissional de saúde, contribui para o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, e para o crescimento da equipa e da própria organização”. Esta autora reforça ainda que a modalidade de formação em serviço na qual a apresentação e discussão de situações reais, a reflexão conjunta, a procura partilhada de soluções são particularmente oportunas. É importante realçar que no final de cada formação foi sempre validada a importância da mesma para a equipa sendo solicitado opiniões e interesses particulares para se desenvolver na formação seguinte. A informação partilhada e trabalhada na formação sobre a gestão do impacto da má notícia ficou condensada sob a forma de folheto na sala de trabalho da equipa de enfermagem (Apêndice XII) e acessível a todos elementos da equipa que a desejem consultar. A bibliografia utilizada foi sempre disponibilizada no final da formação encontrando-se acessível em pasta partilhada nos computadores do serviço, que são usados por todos os enfermeiros do serviço na atividade diária.

Dando resposta a uma proposta sugerida pelo enfermeiro orientador, foi instituído um espaço mensal para promover uma dinâmica de formação em serviço recorrendo a temáticas no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida. Foi estabelecida a primeira semana de cada mês para esta dinâmica no seio da equipa de enfermagem, com o objetivo de realizar um trimestre de formação com base numa dinâmica reflexiva da prática profissional. Esta proposta foi acolhida com entusiasmo, uma vez que quando se apostam em

momentos de partilha e reflexão sobre o contexto da prática diária verifica-se um crescimento pessoal e o crescimento da própria equipa multidisciplinar, sendo um dos objetivos deste programa formativo a expansão da formação à equipa multidisciplinar. A prática reflexiva é considerada por vários autores, nomeadamente por Alarcão (2001) como estratégia para desenvolvimento de competências, desta forma, prevê-se, que este espaço se torne um momento de aquisição de novos conhecimentos ou de reforço dos já existentes, bem como um espaço propício à partilha de dúvidas e sentimentos.

A enfermagem requer um desenvolvimento constante de novos conhecimentos em relação às mudanças. O contexto de trabalho, enquanto local de construção do conhecimento profissional, assume uma importância particular permitindo um vaivém entre a teoria e a prática que, por isso, a faz frutificar e desenvolver. Este desenvolvimento profissional advém da própria aprendizagem pessoal, a partir da experiência do local de trabalho, quer das oportunidades de aprendizagem mais formais como é o caso da formação contínua (Simão, 2013). Gomes (2004, p. 63) partilha da mesma perspetiva referindo-se ao contexto de trabalho e aos espaços de formação contínua como momentos em que “o objetivo é a melhoria das competências profissionais para maximizar a qualidade de assistência aos cidadãos, devendo esta vincular-se à realidade prática e às necessidades do que aprende, numa lógica de desenvolvimento global da profissionalidade em enfermagem”.

- ✓ Promover a melhoria da intervenção de enfermagem junto da pessoa em fim de vida no domínio da comunicação
  
- ✓ Utilizar estratégias de comunicação adequadas e individualizadas no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida

Foram várias as situações vivenciadas neste contexto de estágio, mas de forma a evidenciar a utilização de estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida, foi efetuada uma reflexão onde apresento uma interação com uma pessoa internada no Serviço de Medicina do Hospital C e também com a pessoa

significativa que demonstra as competências e estratégias de comunicação que utilizei com eficácia (Apêndice XIII).

O cuidar em enfermagem inscreve-se num contexto de múltiplas ações. Collière (1999, p. 235) diz que cuidar é “um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Na perspetiva de Honoré (2004, p. 17) “cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos”. Para Hesbeen (2000, p. 37) “o cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. Mais acrescenta que os enfermeiros pelo seu contexto de cuidar têm à sua disposição meios e tempos de ação mais amplos que outros profissionais, por isso mesmo quando a intervenção dos outros elementos da equipa multidisciplinar se esgota os enfermeiros “terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas (Hesbeen, 2000, p. 47).

No encontro entre a pessoa que é cuidada e a que cuida é necessário tecer laços de confiança fundados no respeito, através da conjugação de 8 elementos, nomeadamente: o calor, a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade, a autenticidade, o humor e a compaixão. (Hesbeen, 2000). O cuidado deve ser focado na pessoa em fim de vida e nas suas necessidades particulares, por isso a prática da enfermagem não se reduz à mera execução de técnicas, estando subjacente uma relação interpessoal onde os aspetos emocionais, culturais e espirituais devem ser considerados e valorizados.

Especificamente o cuidar a pessoa em fim de vida implica uma postura norteada pela congruência, autenticidade e respeito e principalmente com um sentido de acompanhamento constante. Neste contacto com a pessoa em fim de

vida é natural que se evoquem sentimentos que impelem para uma reflexão pessoal sobre o processo de morrer e a morte, facto este que origina um crescimento pessoal. A bibliografia consultada é unanime no que diz respeito a esta questão, por exemplo Prata (2009) refere que os enfermeiros são constantemente confrontados com a morte, principalmente os que exercem funções em unidades hospitalares e sobretudo em serviços de medicina, urgência ou em cuidados intensivos. A morte como etapa do ciclo de vida, previsível, pessoal e única mas temida pois é um acontecimento não experienciado e que confronta o ser humano com a finitude da vida (Prata, 2009). Chegando a esta última etapa do percurso em que as competências comunicacionais foram desenvolvidas torna-se, igualmente, importante refletir sobre o desenvolvimento pessoal que ocorre uma vez que é imperativo que todos os profissionais de saúde que trabalham com pessoas em fim de vida se questionem sobre o sentido da morte que é também uma análise sobre o sentido da vida. Os sentimentos são comuns e transversais aos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida e num estudo de Prata (2009, p. 197) é descrito “não é fácil lidar com doentes em fim de vida e as dificuldades sentidas prendem-se essencialmente com o conseguir lidar com o sofrimento do doente, adoptando algumas vezes, comportamentos de fuga, de distanciamento”. Quer seja por questões emocionais quer porque pensa que a morte não foi digna ou no tempo certo o enfermeiro pode ter dificuldades em lidar com a morte (Tompson, Melia & Boyd, 2004).

## **2. AVALIAÇÃO**

Este capítulo diz respeito à avaliação de cada um dos momentos de estágio onde constam as competências desenvolvidas. As diversas atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos, que foram explanadas no capítulo anterior permitiram-me desenvolver competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao enfermeiro é exigido que ao longo do seu crescimento profissional desenvolva competências e atitudes profissionais que efetivem uma atuação que privilegie a relação interpessoal. Ao estabelecer e ao se empenhar numa relação de ajuda o profissional trabalha com a pessoa mas também consigo próprio. Na visão de Phaneuf (2005) a competência para exercer cuidados de enfermagem é complexa supondo uma combinação de múltiplas dimensões. Para Benner (2001, p. 201) é claro que o enfermeiro é um profissional clínico com múltiplos conhecimentos e competências “cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo”.

Durante este percurso de aprendizagem desenvolvi o nível de competência no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida. De acordo com Benner (2001) o desenvolvimento de competências do enfermeiro desenvolve-se por diferentes estádios e que a sua evolução potencia a intervenção qualificada do mesmo. Considerando que antes deste momento de aprendizagem me encontrava no estádio competente, que é caracterizado por um enfermeiro que começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos, considero que atualmente alcancei o estádio de proficiente, que é definido por um profissional que encara as situações como uma globalidade, que aprende pela experiência e guia a prática por máximas.

Este percurso recorre de forma constante à reflexão como estratégia de evidenciar o processo de desenvolvimento de competências. É, pois, importante realçar que a reflexão é considerado um motor de desenvolvimento profissional

e humano. Alarcão (2001, p. 54) menciona que “a atividade de enfermagem implica agir, pela ação e pela palavra, na base da observação e da reflexão ancorada em conhecimentos.” De acordo com Santos e Fernandes (2004, p. 60), a reflexão permite manter

“ (...) em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais. A pessoa que faz a reflexão procura a evidência para apoiar o modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática.”

No que se refere à EIHS CP realço os longos momentos de reflexão e partilha com a enfermeira orientadora que se revelaram de um enorme crescimento profissional que se reflete, naturalmente, num crescimento pessoal. Já Twycross (2003) refere que perante os desafios dos cuidados paliativos os profissionais de saúde têm oportunidades de crescimento apesar de frequentemente serem dolorosos, como por exemplo: enfrentar a própria mortalidade, as emoções, as limitações próprias, pessoais e profissionais; partilhar o controlo; aprender a estar com o doente e não só prestar-lhes serviço e enfrentar o desafio às próprias crenças. O estágio numa EIHS CP permitiu-me compreender a filosofia inerente aos cuidados paliativos e as suas quatro dimensões de referência. O trabalho da equipa é essencial para um trabalho estruturado e focado nos mesmos objetivos, o controlo de sintomas deve estar implementado como uma prática de avaliação rigorosa e objetiva a adotar, a comunicação torna-se uma intervenção chave para estes cuidados e o apoio psicossocial é crucial durante todo o processo para a pessoa com doença oncológica mas também para a família. Foi notório que a equipa desenvolvia um trabalho baseado na colaboração, na complementaridade, num objetivo e estratégia comum compreendida e partilhada por todos usando uma linguagem comum, uma tomada de decisão partilhada e um espírito de entreajuda. Afirmo com convicção o privilégio que foi o de ter percorrido esta etapa do percurso de aprendizagem neste local, uma vez que o serviço ofereceu constantes oportunidades e esteve claramente ao nível dos objetivos que pretendi

desenvolver bem como me permitiu desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentadas no Regulamento n.º 122/2011 publicado no Diário da República em 2011, concretamente as seguintes unidades de competência: baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

A realização do segundo estágio revestiu-se de interesse no âmbito das conferências familiares uma vez que a participação, nestes momentos de interação com a família, foi importante para o desenvolvimento de competências, permitindo compreender e avaliar as necessidades da família, nomeadamente as dinâmicas familiares, as estratégias de *coping* da família, as principais preocupações e expectativas, os principais fatores de ansiedade, os apoios sociais, bem como identificar a atitude e estratégias de comunicação face aos cuidados do familiar e como se pode estruturar um plano de intervenção que seja equilibrado e adequado para a pessoa e sua família. Neste percurso foi também essencial aprender que as principais intervenções da enfermagem no âmbito das conferências familiares passam por proporcionar orientação antecipatória, promover apoio social, orientar a família no que respeita ao processo de doença, facilitar a capacidade de a pessoa doente e a família verbalizarem sentimentos e emoções e garantir a continuidade de cuidados. Assim foi possível alcançar, em relação às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa apresentadas no Regulamento n.º 188/2015 publicado no Diário da República em 2015, as seguintes unidades de competência: identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal; promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.

O facto de realizar estágio no meu contexto de trabalho revestiu-se de particular interesse reflexivo porque tornou-se mais um momento de crescimento profissional e sobretudo pessoal no que respeita ao cuidar em fim de vida. Estando este serviço integrado num centro oncológico de referência são

múltiplas as situações complexas revestidas de elevada carga emocional onde o confronto com o fim de vida é constante. Embora sejam muitas as situações de fim de vida existem aquelas, em particular, que deixam a sua marca no enfermeiro essencialmente pela relação de proximidade que se estabelece durante o percurso de doença. O crescimento ao longo deste estágio foi importante por esta dimensão, ou seja, a reflexão sobre as necessidades específicas de cada pessoa ao longo do seu processo de doença, em particular em fim de vida, e não tanto pela morte enquanto etapa do ciclo vital. Além disso, foi neste contexto que me tornei mais independente e com mais confiança na abordagem à pessoa e família solidificando, desta forma, a minha intervenção de enfermagem, continuando a desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa apresentadas no Regulamento n.º 188/2015 publicado no Diário da República em 2015, concretamente as seguintes unidades de competência: identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal; promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares; colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio e respeita a singularidade e a autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e luto.

A realização de formação foi bastante importante não só como uma aprendizagem pessoal e desenvolvimento de competências no âmbito de saber apresentar e gerir uma formação, mas também como estratégia para estimular a minha equipa de trabalho para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste momento foi possível, ainda, desenvolver as seguintes unidades de competência: incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática e planeia programas de melhoria contínua referentes às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentadas no Regulamento n.º 122/2011 publicado no Diário da República em 2011.

No decurso dos três contextos de estágio foi desenvolvida uma competência específica preconizada pela European Oncology Nursing Society

(2013) concretamente: demonstra o uso de técnicas de comunicação para promover o bem-estar de uma pessoa com doença oncológica, como por exemplo competências de aconselhamento e escuta ativa.

Importa salientar que em cada estágio foi realizado uma partilha e sessões de formação de forma a apresentar, às equipas de enfermagem, aspetos específicos da área da comunicação com a pessoa em fim de vida. Além disso, em cada contexto foi disponibilizado material teórico para concretizar a formação realizada, concretamente no primeiro momento foi disponibilizado um *dossier* com artigos científicos, no segundo foi elaborado um *poster* bem como um *dossier* com artigos científicos e no terceiro estágio foram elaborados documentos como um *poster*, um folheto e uma pasta partilhada nos computadores da sala de trabalho de enfermagem. A necessidade constante de formação no âmbito dos cuidados de enfermagem é explicitada por Abreu (1997, p. 150) que refere “a formação contínua nas instituições de saúde tem sido, apesar de tudo, o motor de diversas transformações internas, quer a nível das práticas profissionais, quer a nível das sociabilidades colectivas”. Além disso, está contemplado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 88.º alínea c) pela OE (2012, p. 79) o dever em procurar manter a excelência do exercício profissional e, como tal, deve “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Em termos globais a perspectiva de Ribeiro (2013) sintetiza a necessidade de dar continuidade à formação profissional através de uma formação contínua constante, uma vez que a formação contínua permite o desenvolvimento profissional conduzindo a uma maior qualidade dos cuidados prestados. Assim, concluiu-se que as metodologias utilizadas (questões abertas, chuva de ideias e casos clínicos sensíveis à equipa de enfermagem) e os temas abordados, que foram de encontro às necessidades expressas pelos profissionais, terão sido um contributo importante para as equipas ajudando-as deste modo a promover a qualidade nos cuidados prestados.

Ao longo deste percurso, o desenvolvimento de competências teve por base princípios éticos fundamentais ao exercício da prática clínica, designadamente a verdade sobre a condição da pessoa doente, o respeito à autonomia da pessoa e o processo de tomada de decisão. Honoré (2013) expõe que a relação inerente ao cuidar tem de ser considerada uma realidade complexa onde interferem diversos valores nomeadamente de carácter técnico, administrativo, económico, jurídico, culturais, religiosos e morais e que o sentido de cada situação particular de cuidados deve ter em conta o equilíbrio entre estes diversos valores. Para que cada um reconheça os seus próprios valores é necessário que desenvolva um pensamento ético e reflexivo, que foi possível desenvolver através das múltiplas situações e interações com os profissionais dos vários locais, mas principalmente com a pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família.

A consolidação de uma relação de confiança com a pessoa em fim de vida depende do desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, da maturidade e interioridade, do modo como lida com o processo da morte e com as dificuldades pessoais (Sapeta, 2011). E o meu percurso foi repleto de experiências e reflexões que me permitiram desenvolver competências de autoconhecimento e análise crítica preparando-me para uma melhor intervenção junto da pessoa e família.

### **3. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS**

O percurso empreendido neste trabalho procurou desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida e os objetivos inicialmente delineados foram alcançados.

A comunicação é uma componente indissociável da intervenção de enfermagem, pois como resume Frias (2013) para efetivar a compreensão da pessoa doente é necessário a escuta, a presença, a observação e a sensibilidade. Todo este percurso de aprendizagem demonstra que a comunicação não é simplesmente um dom natural, mas uma competência que pode ser estudada e melhorada (Forte, 2009). Na mesma linha de pensamento Pereira (2008, p. 37) realça que a comunicação em saúde, principalmente no que respeita à área de oncologia, é uma das “ferramentas terapêuticas imprescindíveis, pois permite o acesso à informação de que o doente e a família necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios, dá acessibilidade ao princípio da autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à segurança”.

No cuidar a pessoa em fim de vida é claro e imperativo considerar que é uma pessoa com uma história de vida passada, com hábitos, costumes e com crenças, integrado numa família e numa comunidade (McComarck e McCance (2010). Assim é possível abordar a pessoa e a família centrando o cuidado de enfermagem nas suas necessidades particulares.

Este percurso formativo visou o desenvolvimento de competências comunicacionais em fim de vida que foram adquiridas nos três contextos de estágio, nos quais a observação crítico-reflexiva, a colaboração na prestação de cuidados, a pesquisa em bases de dados científicas e a leitura de importantes autores de referência foram as principais estratégias para desenvolver competências. Os momentos de reflexão impõem a um crescimento pessoal, na

medida em que permitem descrever, rever e melhorar a intervenção de enfermagem e estes foram uma constante para o desenvolvimento profissional.

A formação desenvolvida, no meu contexto de trabalho, revelou-se outro ponto forte já que o meu projeto de intervenção foi um mediador para implementar formação no serviço e a minha atitude uma forma de estímulo à equipa de enfermagem. Na minha perspetiva verifica-se importante criar momentos de reflexão, discussão e partilha não só dentro da equipa de enfermagem mas com uma visão de integração de outros grupos profissionais, para uma abordagem multidisciplinar. Desta forma, esta pode tornar-se numa perspetiva futura a desenvolver, ou seja, incluir a equipa multidisciplinar na dinâmica de formação mensal em que os vários grupos contribuem de forma determinante para a ação de toda a equipa. Como enfermeira especialista pretendo ser reconhecida pelos pares com competências no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida conseguindo deste modo ajudar a equipa de forma consistente e promovendo, naturalmente, uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. A elaboração e disponibilização de um *poster* na sala de enfermagem sobre a transmissão de más notícias – Protocolo de Buckman (SPIKES), acessível a todos os elementos, consolida e perpetua uma das formações efetuadas, bem como a pasta partilhada nos computadores da sala de enfermagem, em que todos os elementos da equipa poderão contribuir com artigos que tenham consultado e que considerem pertinentes para a equipa tornando-se uma proposta dinâmica.

Foi iniciado um programa de formação com o recurso à metodologia expositiva e participativa visando a transmissão de informação e a discussão de casos clínicos com objetivo de promover a reflexão sobre a prática. Perspetiva-se um trimestre de formações em serviço, cujas temáticas foram definidas tendo em conta o meu percurso de aprendizagem no âmbito do fim de vida, bem como áreas de interesse verbalizadas pela própria equipa de enfermagem. Desta forma, a próxima formação em serviço prevê-se que explore a temática da dignidade da pessoa em fim de vida, a seguinte a abordagem à família da pessoa com doença oncológica e ainda o luto em cuidados paliativos. Pretendo num

futuro próximo, implementar metodologias mais ativas como *role-playing* de forma a desenvolver formação de cariz prático que vise o treino de competências comunicacionais para consolidar os conhecimentos teóricos debatidos nas formações já realizadas, implementado assim o plano de formação definido inclusivamente com temáticas concretas.

Em síntese, o percurso aqui explanado permitiu aprender, partilhar e perspetivar novos horizontes. Este não é um trabalho totalmente acabado, continuando a ser uma aprendizagem constante com vista a perspetivar outros projetos na lógica da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. É, por isso, minha intenção continuar a realizar formação nesta área dando continuidade a todo o trabalho desenvolvido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma Morte mais Humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Abreu, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In: Canário, R. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*. 6. 54-59.
- Almeida et al (2010). A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida: uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21. 8-17.
- Alvarenga, M. (2009). Comunicação com doentes em fim de vida: uma estratégia terapêutica. *Hospitalidade*. 285 (73). 21-26.
- Alves, D. R. B. (2013). O impacto da doença oncológica na família. Faculdade de Filosofia de Braga. Universidade Católica Portuguesa. Monografia de Licenciatura. Braga.
- Araújo, M. & Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 46 (3), 626-632.
- Araújo, M. M. T. (2009). A Comunicação no Processo de Morrer. In F. S. Santos (Coord.). *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (pp. 209 - 221). São Paulo: Editora Atheneu.
- Baile, W. F.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2. 302-311.

- Barbosa, A. (2010). Sofrimento. In A. Barbosa & I. G. Neto (Editores). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 563-593). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barón, G. & Féliu, J. (1996). *El Enfermo Terminal In Tratado de Medicina paliativa y Tratamiento en el enfermo com Cancer*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bartolomeu, S.M. (2013). *Cuidar a Família: Realização de Conferências Familiares – Revisão Sistemática da Literatura*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original Inglês *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, 2001, Prentice Hall).
- Bragança, J. (2011). *Enfermeiro de Cuidados Paliativos – Como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.
- Brant, J. M. (2010). Palliative care for adults across the cancer trajectory: from diagnosis to end of life. *Seminars in Oncology Nursing*. 26. 222-230.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult. *British Medical Journal*. 288 (26). 1597-1599.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2 (2). 138-142.

- Capelas, M. (2014). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Carvalho, M. (2007). Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. *Nursing*. 196. 36-40.
- Clayton, J. M.; Butow, P. N. & Tattersall, M. H. (2005). The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *American Cancer Society*. 1957-1964.
- Collière, M-F. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (M. L. B. Abecassis, Trad.). Lisboa: Lidel (Tradução do original Francês *Promouvoir la vie*).
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Tomada de Posição - O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais e suas famílias* (H. Castro, Trad.). Ordem dos Enfermeiros. (Tradução do original Inglês *Nurses' Role in Providing Care to Dying Patients and their Families*).
- Deodato, S. (2006). Autonomia e Morte. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 20.6-13.
- Despacho n.º 10429/2014. Diário da República, 2.ª série - N.º 154 - 12 de Agosto de 2014. 20826-20827.
- Direção-Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Acedido a 11-10-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008151.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2013*. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Regulamento de Mestrado.  
Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estanque, C. M. J. (2011). A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida. Uma abordagem na perspetiva dos enfermeiros. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2013*. 4th Edition. Brussels: European Oncology Nursing Society.

Fallowfield, L. (2005). Communication with the patient and the family in palliative care. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Editores. *Oxford Textbook of Palliative Care*. 3ª Edição. Oxford: Oxford University Press. 102-107.

Ferreira, M. & Dias, M. O. (2005). *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Fitch, M. (2006). Necessidades emocionais dos pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In: Pimenta, Mota & Cruz (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. Tamboré: Editora Manole.

Fonseca, J. & Rebelo, T. (2011). Necessidades de Cuidados de Enfermagem do Cuidador da Pessoa sob Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (1). 180-184.

Forte, D. (2009). Estratégias de Comunicação em Cuidados Paliativos. In F. S. Santos (Coord.). *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (223-231). São Paulo: Editora Atheneu.

Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (Ferreira, C., Luzio, F., Gameiro, M. e Salgueiro, N., Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original Francês *Fondements et étapes du processus de recherche*, 2006, Montreal: Chenelière Éducation).

- Frias, C. F. C. (2013). *Encontro de Corpos: O Processo de Construção de Cuidados Enfermeiro/Pessoa em Fim de Vida*. Loures: Lusociência.
- Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013). Core Competencies in Palliative Care: an EAPC White Paper on Palliative Care Education – part 1. *European Journal of Palliative Care*. 20 (2). 86-145.
- Goldsmith, J.; Ferrell, B.; Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17 (4). 163-167.
- Gomes, C. (2004). O doente terminal. In Queirós, P., Henriques, F. e Ferreira, J. (Coord). *Ética nos Cuidados de Saúde*. (pp. 55-65). 2ª Edição. Coimbra: Formasau.
- Gonçalves, A. (2013). *Comunicação de Más Notícias a Pessoas com Doença Oncológica: A necessidade de implementar a (Bio)ética na Relação – Um estudo exploratório*. Tese de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guarda, H.; Galvão, C. & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à Família. In A. Barbosa & I. G. Neto (Editores). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Hennezel, M. (2003). *Nós não nos despedimos – Uma reflexão sobre o fim da vida*. (Sarmiento, L., Trad.). 2ª Edição. Lisboa: Editorial Notícias. (Tradução do original Francês *Nous ne sommes pas dit au revoir*, 2000, Paris, Editions Robert Laffont).
- Hennezel, M. (2009). *Diálogo com a Morte*. (J. González, Trad.) (7ª ed). Alfragide: Casa das Letras. (Tradução do Original Francês *La Mort Intime*, 1997, Éditions Robert Laffont).

- Henriques, C. M. G. & Simões de Oliveira, N. A. (2011). Cuidados Paliativos: Situação Nacional. *Nursing*. 266 (23). 8-12.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. (M. I. B. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original Francês Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, 1997, InterEditions, Masson Éditeur).
- Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. (D'Espiney. I.; D'Espiney, L. & Ordaz, O., Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original Francês Soigner – Persévérer ensemble dans l'existence, 2001, Éditions Seli Arslan, Paris).
- Honoré, B. (2013). *O Cuidar em Perspectiva – no centro de um humanismo humanizante*. (Carvalho, A. M., Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do Francês Le soin en perspective – au coeur d'un humanisme humanisant, 2009, Éditions Seli Arslan SA).
- Hudson, PL.; Aranda, S & Kristjanson, LJ. (2004). Meeting the Supportive Needs of Family Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals. *Journal of Palliative Medicine*. 17 (1). 19-25.
- Justo, J. M. (2014). Uma Perspetiva Psicológica sobre as Doenças Oncológicas. In Dias, M. R. & Durá, E. (Coordenação). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 25-47). 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kissane, D.; Bultz, B.; Buton, P. & Finlay, I. (2010). *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford University Press.
- Kovács, M. J. (2006). Comunicação nos programas de cuidados paliativos: Uma abordagem multidisciplinar. In Pessini, L. & Bertachini, L. (Editores.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 275-289) São Paulo: Ed. Loyola.

- Kübler-Ross, E. (1979). *Perguntas e Respostas sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes Editora. (Tradução do original Inglês Questions and Answers on Death and Dying, 1974, Ross Medical Associates).
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte*. (Soares, P., Trad.). Cruz Quebrada: Estrela Polar. (Tradução do original Inglês On Death and Dying, 1969).
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. (M. Rosa, Trad.) Lusodidacta: Lisboa. (Tradução do original Francês Vivre La Relation D'Aide, 1994, Décarie Editeur).
- Lei n.º 52/2012 de 05 de Setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1.ª série - N.º 172 - 5 de Setembro de 2012. 5119-5125.
- Lourenço, I. (2004). *A Espiritualidade no Processo Terapêutico. Realidade e Importância*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lugton, J. & Kindlen, M. (1999). *Palliative Care: The Nursing Role*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida. Experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marques, P. (2006). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem. In Marques, P., Carvalho, J., Sousa, P., Borges, E. e Cruz, S. (Editores). *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. (pp. 11-107). Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o Doente – certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

- Moore, C. & Reynolds, A. (2013). Clinical Update: Communication Issues and Advance Care Planning. *Seminars in Oncology Nursing*, 29 (4), e1-e12.
- Moreira, I. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19. 68-74.
- Neto, I. G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa & I. G. Neto (Editores). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61-68). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G.; Aitken, H-H. & Paldrön, T. (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida – Uma Reflexão sobre a Nossa Existência*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Nunes, R. (1998). Ética na relação com o doente. In Serrão, D. & Nunes, R. (Coord.). *Ética em Cuidados de Saúde*. (pp. 31-46). Porto: Porto Editora.
- OMS (2002). WHO Definition of Palliative Care. Acedido a 05-03-2015. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Acedido a 11-02-2015. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\\_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Parente, P. (2004). Que informação dar ao doente/família? In Queirós, P., Henriques, F. e Ferreira, J. (Coord). *Ética nos Cuidados de Saúde*. (pp. 7 – 25). 2ª Edição. Coimbra: Formasau.
- Peixoto et al (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Unidade de Psicologia Médica. Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má Notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*. 14 (1). 33-37.
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, M.G. & Lopes, C. (2005). *O Doente Oncológico e a sua Família*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (Salgueiro, N. & Salgueiro, R., Trad.). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original do Francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, Montréal: Les Edition de la Chenelière).
- Prata, A. C. (2009). Cuidar em Fim de Vida: Percurso de Aprendizagem dos Enfermeiros. In B. Cabrito & M. A. Mendes (Org.). *Quotidiano(s) de Saúde: Contexto(s) de Formação*. (pp. 155-208). Lisboa: Educa.
- Querido, A.; Salazar, H. & Neto, I. G. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. G. Neto (Editores). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011. 8648-8653.

Regulamento n.º 188/2015. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Diário da República, 2.ª série - N.º 78 - 22 de Abril de 2015. 9967-9968.

Ribeiro, P. (2013). Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações? *Nursing*. 288 (25). 35-37.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). A Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11. 59-62.

Sapeta, P. (2003). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Revista Investigação em Enfermagem*. 7. 24-34.

Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida. O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.

Saraiva, D. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*. 244. 1-11.

Silva, M. (2006). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 4ª Edição. São Paulo: Edições Loyola.

Simão, A. M. V. (2013). Práticas de colaboração e aprendizagem: potencialidades e limites. In M. G. Mestrinho & L. Antunes. *A Investigação nos contextos de trabalho. Desafios da experiência – Um sentido para a reabilitação* (pp. 17-30). Loures: Lusociência.

Stefanelli, M. C.; Carvalho, E. C. & Arantes, E. C. (2005). Comunicação e Enfermagem. In M. C. Stefanelli & E. C. Carvalho (Organizadoras). A

*comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 1-8). São Paulo: Editora Manole.

Tamparo, C. D. & Lindh, W. Q. (2007). *Therapeutic Communications for Health Care*. 3ª Edition. USA: Delmar.

Tompson, I. E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (H. Pereira & M. Rosa, Trad.). 4ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original Inglês Nursing Ethics, 2000, Harcourt Publishers).

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (J. N. Almeida, Trad.). 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores (Traduzido do original Inglês Introducing Palliative Care, 2003).

Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. (C. Dornelles, Trad.). Porto alegre: ArtMed. (Tradução do original Inglês Living beyond loss, 1991).

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

Worden, J.W. (1998). *Terapia do Luto: um manual para o profissional de saúde mental*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wright, L. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença. Ideias para curar*. Coimbra: Ariadne Editora.

## **APÉNDICES**

## **APÊNDICE I**

Guia “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Acrónimo

COMFORT”

## Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida

### Acrónimo COMFORT

<b>C</b> <i>Communicating</i>	Informar Esclarecer Advogar Validar Promover expressão de sentimentos Escuta ativa	
<b>O</b> <i>Orientation and Opportunity</i>	Tom de voz Linguagem sem estereótipos Avaliar necessidades culturais, crenças e rituais	
<b>M</b> <i>Mindful Presence</i>	Presença intencional Sensibilidade ao contexto Não julgar Ser empático	
<b>F</b> <i>Family</i>	Padrões de comunicação entre a família Avaliar as ligações familiares Explorar a importância de diversos elementos familiares	
<b>O</b> <i>Openings</i>	Necessidades sociais da pessoa doente e família Impacto financeiro	
<b>R</b> <i>Relating and the Physical Aspects of Care</i>	Responder às necessidades da pessoa doente e família Gerir a informação a transmitir Garantir a compressão da família Proporcionar orientação à família Proporcionar medidas de conforto físico	
<b>T</b> <i>Team Structure and Processes of Care</i>	Trabalho em equipa multidisciplinar Decisão partilhada em equipa	

Referência Bibliográfica: Goldsmith, J.; Ferrell, B.; Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17 (4). 163-167.

Elaborado por: Daniela Azevedo Mota Resende Martins

5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## **APÊNDICE II**

Reflexão – EIHSCP do Hospital A

A situação que acompanhei no decurso do primeiro estágio e que identifico como momento significativo foca a comunicação na sua vertente verbal e não-verbal. Esta foi uma situação em que me confrontei com a importância da relação de ajuda e da comunicação para a intervenção de enfermagem com uma pessoa adulta jovem em cuidados paliativos.

O sucedido decorreu com o Senhor AL de 33 anos, casado, militar de profissão, residente em Cascais, com o diagnóstico médico de carcinoma do pavimento celular do canal anal tendo realizado quimioterapia e radioterapia. Vive com o marido, sendo este e a sogra os seus principais cuidadores, mas a mãe e a irmã são também elementos do seu núcleo familiar que residem no Alentejo. O Sr. AL encontrava-se consciente, orientado no tempo e espaço sendo uma pessoa bastante comunicativa sempre com um sorriso quando abordado por qualquer elemento. Foram diversas as interações com o Sr. AL contudo nesta reflexão é abordado um momento em particular. O contexto da interação decorreu num serviço de cirurgia geral onde estava internado para controlo da dor, avaliação e decisão clínica sobre a extensa lesão neoplásica na região anal, após já ter realizado tratamento médico de quimioterapia e radioterapia, estando, desta forma, em progressão da doença. No contexto ambulatorio é um senhor acompanhado pela consulta da dor, contudo atualmente sem quadro algico controlado.

No decorrer do internamento e na perspetiva de controlo do quadro algico, a equipa da dor em conjunto com os médicos do serviço de internamento equacionaram a possibilidade de analgesia epidural através de um DIB (*Drug Infusion Ballon*). Toda esta ideia foi explicada e debatida pelos médicos com o Sr. AL, contudo foi posteriormente abandonada por presença de um quadro infeccioso não controlado. Esta decisão provocou vários sentimentos no Sr. AL e por isso o importante desta situação é realçar que a disponibilidade, a presença autêntica e postura verdadeira da enfermeira da EIHS CP fez com que o Sr. AL direcionasse a sua preocupação e os sentimentos apenas à enfermeira questionando se “*a colocação de um cateter epidural significa estar mais perto da morte?*” sic, revelando que o mesmo tinha conhecimento da evolução da sua doença mas essencialmente que a enfermeira era o seu elo de confiança na qual

depositou o seu sentimento mais íntimo e o seu receio sobre a morte. Esta foi uma abordagem subtil sobre o processo de morrer, reveladora de que o mesmo sabia da sua proximidade face à morte, mas sobre o qual não tinha comunicado com outros profissionais de saúde. Sendo assim está aqui a dica importante para abordar o processo de morte, bem como os medos inerentes e os desejos do Sr. AL, situação esta aproveitada pela enfermeira para tentar promover a expressão de sentimentos e verificar qual o seu comportamento não-verbal sobre a morte. Durante esta interação a enfermeira manteve-se sentada, mantendo-se ao lado da cama com o olhar ao mesmo nível e com uma postura serena. Especificamente com o Sr. AL esta foi apenas a única vez em que falou da morte, uma vez que em outras interações os seus assuntos denotavam sempre uma preocupação face ao marido, sogra, mãe e irmã, bem como a vontade de poder regressar a casa. Foram diversas as interações que observei entre o Sr. AL e os elementos da EIHS CP e a informação foi sempre fornecida de acordo com a agenda do Sr. AL, ou seja, de acordo com as necessidades de informação, as suas preocupações, expectativas e questões que iam surgindo com a cumplicidade estabelecida sempre baseado numa relação verdadeira.

Ao presenciar esta situação são vários os pensamentos e sentimentos que emergem, nomeadamente a ansiedade de responder a uma questão que envolve a proximidade da morte. Se a questão fosse dirigida a mim eu pensaria de imediato ... *“o que lhe posso dizer?”*.

Perante esta situação é notória a importância da intervenção de enfermagem bem como a estrutura sólida de competências que a profissão detém, uma vez que as pessoas em situação de vulnerabilidade acrescida, como o caso de Sr. AL, confiam nos enfermeiros. Todo o trabalho desenvolvido até então foi evidenciado pela total cumplicidade e profunda confiança que o Sr. AL desenvolveu com a enfermeira e da qual esperava total reciprocidade. Nesta situação em particular considero que o mais importante era o tempo dispensado para o Sr. AL falar e expressar tudo o que queria. “Numa boa escuta, é importante que o doente sinta que a sua palavra é acolhida, que encontra no enfermeiro uma ressonância, que a sua cura e bem-estar são muito importantes para ele” (Rézette, 2010, p. 44). É natural a angústia da pessoa doente e perante

este sentimento surgem sentimentos similares para o enfermeiro cuidador mas no sentido de se questionar “*o que é possível oferecer a esta pessoa?*”. Foi esta questão que surgiu de imediato nos meus pensamentos e mais ainda “*o que dizer ao Sr. AL após uma questão tão explícita sobre o fim de vida?*”.

Compreendi que a pessoa pode dar mais importância à mensagem transmitida pela comunicação não-verbal em detrimento da verbal suscitando maior preocupação e treino neste âmbito de forma a tornar a interação mais positiva para ambos os intervenientes. Como consideram Roberts & Buckesy (2007) a comunicação não-verbal é o mais importante aspeto da prática dos profissionais de saúde, e refletir sobre este tema é interrogar sobre se esta componente da comunicação tem sido adequadamente valorizada e incluída na formação inicial ou na formação contínua. Assim é possível questionar “*Será que os enfermeiros estão cientes da componente não-verbal na interação com a pessoa?*”.

Foi importante sentir que até na minha própria vivência diária, fora do contexto hospitalar, tentei implementar algumas estratégias de comunicação com aqueles que me rodeiam e estar desperta para a componente não-verbal. As principais estratégias passaram pela formulação de questões abertas, pelo respeitar o tempo de espera da resposta sem tentar antecipar uma possível resposta, não dar várias opções de resposta e estar disponível para ouvir qualquer tipo de assunto dando poder ao outro para encaminhar o discurso da forma que assim se sentisse melhor.

Com esta situação consciencializei que a linguagem verbal deve estar em sintonia com a linguagem não-verbal, e que independentemente da expressividade e da espontaneidade de cada profissional de saúde o importante é que a relação dos dois comportamentos seja sintónica. Phaneuf (2005) descreve que no caso de mensagens verbais e não-verbais contraditórias é o significado da comunicação não-verbal que prevalece. Assim ao estabelecer uma relação de ajuda é imperativo trabalhar a componente não-verbal.

Nesta situação em particular a angústia do Sr. AL era algo subjacente a este processo contudo subtil, uma vez que o seu discurso demonstrava preocupação pelo bem-estar dos familiares. Para Rézette (2010) a angústia na pessoa doente resulta por exemplo de não ser consultado, de não ser entendido como uma pessoa com desejos e de não ser escutado na formulação da sua queixa.

Para um cuidado centrado na pessoa foi importante pensar em questões como estas para compreender o percurso deste senhor, concretamente objetivos estabelecidos, expectativas e desejos:

*“Quem é este homem?”*

*“O que é que ele sabe sobre a doença?”*

*“Que sentimentos tem perante a doença?”*

*“Que outras perdas significativas já teve na sua história de vida?”*

*“Que recursos internos tem que lhe permitem lidar com a adversidade?”*

Esta perspetiva é igualmente defendida por Phaneuf (2005) quando descreve que é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre enfermeiro e pessoa doente desumaniza os cuidados, despersonaliza o papel da enfermagem tornando-se numa sucessão de gestos sem significado terapêutico.

No caso da comunicação não-verbal existem três elementos inerentes que são pertinentes de realçar, como descreve Salgueiro-Oliveira & Oliveira (2010, p. 9), é o caso da proxémica, cinésica e paralinguagem “para os quais o enfermeiro deve estar desperto, mobilizando os conhecimentos e desenvolvendo competências ao longo da sua vida profissional”. No caso da proxémica, que se refere ao uso do espaço na comunicação, é de salientar que o contexto espacial influencia o processo de comunicação sendo por isso de estar atento ao espaço onde decorre a interação, aos objetos presentes na sala, à disposição das cadeiras, à privacidade bem como à distância entre enfermeiro/pessoa. Neste último aspeto deve ser preocupação do enfermeiro não invadir a distância íntima da pessoa evitando quebrar a relação de confiança. Em relação à cinésica que diz respeito aos movimentos do corpo e postura como os gestos, a expressão

facial e o contacto visual, é de relevo o enfermeiro também estar desperto para estes aspetos, uma vez que a comunicação quando acompanhada por gestos pode tornar a comunicação mais expressiva e a expressão facial juntamente com o olhar permite transparecer simpatia e interesse. Quanto à paralinguagem que inclui tom de voz, projeção, articulação, pronúncia, repetição, velocidade, pausa e a entoação podem conferir um significado diferente à mensagem que se quer transmitir. Por isso, é de ter atenção a estes elementos que nem sempre são intencionais, nomeadamente o tom de voz que não deve ser alto nem baixo e deve revelar confiança e interesse, o timbre deve ser preferencialmente grave com uma velocidade de discurso moderado para que não se torne monocórdico. (Salgueiro-Oliveira & Oliveira, 2010)

A comunicação não-verbal assume um papel determinante nas relações interpessoais, razão explicada pois a linguagem não-verbal traduz cerca de 93% do significado das mensagens, enquanto a linguagem verbal traduz cerca de 7%, daí a pertinência da sua compreensão no processo comunicacional (Silva, 2006). Para Collière (2000, p. 246) o enfermeiro tem que ter presente que todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não-verbal da pessoa são reveladoras da sua vivência, por isso garante “todos os sinais comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família, nos fala de si própria”.

A interação vivenciada impeliu a momentos de reflexão e análise para uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa doente, bem como à necessidade de aportes teóricos sobre a comunicação não-verbal, o medo da morte, a angústia e sofrimento que são conceitos bem presentes nesta situação. Toda esta experiência foi importante para a minha consciencialização do papel central da enfermagem no seio de uma equipa multidisciplinar principalmente no que concerne à confiança e relação de ajuda que o profissional estabelece com a pessoa numa situação de vulnerabilidade, bem como a importância da comunicação na sua componente não-verbal que pode condicionar a criação de uma aliança terapêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (Salgueiro, N. & Salgueiro, R., Trad.). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original do Francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, Montréal: Les Edition de la Chenelière).
- Rézette, S. (2010). *Psicologia Clínica em Cuidados de Enfermagem* (F. Parreira & S. Silva, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original Francês Psychologie Clinique en Soins Infirmiers, 2008, Paris, Elsevier Masson).
- Roberts, L. & Bcksey, S. (2007). Communicating with patients: what happens in practice? *Physical Therapy*. 87 (5). 586-594.
- Salgueiro-Oliveira, A. S. & Oliveira, S. C. (2010). Proxémia, Cinésia e Paralinguagem: Importância na interação Enfermeiro/Pessoa. *Nursing*. 254 (22). 8-15.
- Silva, M. (2006). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 4ª Edição. São Paulo: Edições Loyola.

### **APÊNDICE III**

Documentação das estratégias de comunicação observadas na  
EIHSCP do Hospital A

Esta estrutura designada “Notas de Campo” foi elaborada para dar resposta a um dos objetivos específicos do estágio na EIHS CP. As descrições que apresento dizem respeito a muitas das competências de comunicação que tive a oportunidade de observar, aprender e aplicar.

Foram diversos os momentos de aprendizagem no seio da EIHS CP sobre a comunicação em fim de vida e foi um estágio no qual observei, refleti e aprendi sobre a intervenção e o apoio de enfermagem nesta etapa do fim de vida. A equipa de enfermagem apresenta uma ampla área de intervenção e neste percurso fiquei surpreendida pela autonomia da mesma que se mostrou dotada de várias competências no que diz respeito à comunicação.

Concretamente a compreensão empática é possível demonstrar através dos seguintes exemplos como *“eu estou a compreender o que me está a dizer”*, *“é natural que neste momento se sinta dessa forma”*, *“nesta situação em particular é normal as pessoas terem esses sentimentos”*, *“é comum sentir-se assim num momento como este”*, *“é compreensível que se tenha sentido/se sinta ansioso”* que espelham a normalização, a legitimação e o reconhecimento. Ainda sobre a empatia foi possível constatar com frequência o uso de expressões como *“diga-me como posso ajudá-lo?”*, *“se preferir eu poderei passar cá noutra altura”*, *“independentemente do que decidir eu estarei cá”*, *“para mim é importante compreender como está a lidar com tudo isto”*, *“tem vivido momentos difíceis”*, *“como se tem sentido emocionalmente?”*, *“parece-me que está a cuidar bem de si”*, *“tem feito um bom trabalho para ultrapassar as dificuldades”* que demonstram o encorajamento à expressão de sentimentos, a validação de ajuda futura e a valorização do esforço com reforço positivo.

Nas várias interações constatei que eram pronunciadas várias vezes *“esteja à vontade para me questionar sobre o que precisa”*, *“sempre que surgirem dúvidas pode falar comigo”*, *como tem reagido a tudo isto?”* *“existe alguma situação em concreto que queira esclarecer comigo?”* que refletem estratégias de questionamento para clarificar, esclarecer dúvidas e demonstrar disponibilidade. Estratégias de organização de informação como elucidar sobre assuntos a abordar e sumarizar também foram amplamente observadas

*“inicialmente gostaria de abordar este assunto e posteriormente...” “hoje falamos sobre dois aspetos, especificamente...”* que permite dar resposta à competência de comunicação preconizada pela EONS (2013), concretamente, avaliar as necessidades de informação da pessoa e família e avaliar a compreensão das informações ao longo do tempo, bem como reconhecer dilemas éticos para advogar pela pessoa através do consentimento informado.

A importância dos silêncios bem como é feita a sua gestão foi outra valência de enorme relevo, uma vez que gerir silêncios, até então, se verificava como um momento difícil por uma rápida necessidade que enquanto profissional sempre manifestei para argumentar e dar resposta quer à pessoa quer à sua família. Por isso, ficou claro de que não existem respostas certas, mas sim o principal é ajudar a encontrar a melhor estratégia com a pessoa e a família. Ancorando esta ideia a referências bibliográficas consultadas é possível afirmar que o silêncio faz parte das trocas interpessoais, mas deve ser usado de maneira estratégica para dar espaço de resposta e de organização de ideias à pessoa (Phaneuf, 2005). A mesma autora refere ainda a multiplicidade de significados que o silêncio pode ter como compaixão, compreensão, ansiedade, hesitação, contrariedade e recusa, salientando que o silêncio pode ser de natureza aberta quando é caracterizado por um tempo de pausa para reflexão e de expressão de cumplicidade, fechado quando bloqueia o contacto com a pessoa através de uma expressão de mal-estar ou ainda neutro quando demonstra desinteresse e distância pela pessoa.

Na visão de Ferreira & Dias (2005) o silêncio permite que tanto o enfermeiro como a pessoa organizem os pensamentos, mas a sua aplicação requer competências para que o mesmo não se torne incómodo, desconfortável e inoportuno quando as pausas são longas. Uma forma de demonstrar interesse pela pessoa passa por respeitar o silêncio. Nesta relação interpessoal surge o silêncio interior no sentido de eliminar juízos de valor, bem como julgar precocemente as palavras do doente para dar uma resposta imediata, quando na verdade não é necessário resposta para tudo.

As principais estratégias observadas passaram pela formulação de questões abertas, que se iniciam tipicamente por “*como*”, “*o que*” e “*por que*” conferindo a palavra à pessoa uma vez que são encorajadoras e fornecem grande quantidade de informação. Ao colocar questões abertas é importante respeitar o tempo de espera da resposta sem tentar antecipar uma possível resposta, não dar várias opções de resposta e estar disponível para ouvir qualquer tipo de assunto dando poder ao outro para encaminhar o discurso da forma que assim se sentir melhor. No decurso de um processo de sofrimento a pessoa apresenta com maior frequência necessidades de compreensão, vontade de partilhar e de ser confortada mais do que ser aconselhada, por isso a pessoa não espera uma resposta concreta a nada de específico sendo suficiente poder falar sem constrangimentos (Pacheco, 2004). Ao longo de uma interação torna-se relevante o encorajamento do discurso da pessoa através de expressões como “*continue*”, “*sim*” e “*percebo*” de forma a facilitar a comunicação sem orientar a pessoa para um tema em particular. Estes aspetos traduzem-se na competência da EONS (2013) quando refere que o enfermeiro deve utilizar a comunicação para promover o bem-estar na pessoa com doença oncológica através de escuta ativa e aconselhamento.

Além da excelente partilha de informação e discussão de situações específicas que observei dentro da equipa de enfermagem, foi também a comunicação dentro da equipa multidisciplinar que na minha perspetiva se realçou. Nos diversos momentos de partilha todos os elementos da equipa tinham uma palavra, tinham mais algum conhecimento que se completava sobre a pessoa e que se revelava importante para uma melhor prestação de cuidados. É até de salientar que a estrutura e dinâmica familiar da pessoa doente era sempre referida na partilha de informação e foi neste sentido que compreendi que a pessoa e família não se podem dissociar, constituindo a unidade de cuidados do enfermeiro. Foi desta forma que, diariamente, constatei uma equipa motivada com um foco comum e assente numa verdadeira filosofia de cuidados paliativos. Este aspeto está igualmente definido nas competências de comunicação preconizadas pela EONS (2013) quando é referido que o enfermeiro deve proporcionar informação no seio da equipa multidisciplinar para o cuidado à pessoa com doença oncológica. No meu contexto de trabalho a

partilha de informação clínica entre os diversos elementos não se processa da mesma forma e como tal destaco este ponto como um aspeto positivo que seria pertinente numa dinâmica de internamento contribuindo de forma decisiva para a prática de cuidados de qualidade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2013*. 4th Edition. Brussels: European Oncology Nursing Society.

Ferreira, M. & Dias, M. O. (2005). *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

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

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (Salgueiro, N. & Salgueiro, R., Trad.). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original do Francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, Montréal: Les Edition de la Chenelière).

## **APÊNDICE IV**

Reflexão II – EIHSCP

A vivência descrita retrata a situação de uma jovem de 30 anos, casada com dois filhos e com diagnóstico médico de carcinoma da mama à direita em fase avançada da doença que foi internada por agravamento do estado geral. Assim, foi solicitado apoio da EIHSCP e foi numa das visitas diárias com a enfermeira da equipa que tive a oportunidade de encontrar a CM.

Foi surpreendente constatar a sua clara noção do estadió da sua doença, a sua serenidade face ao fim de vida e os planos já estruturados para o marido e filhos, referindo inclusivamente que queria proteger emocionalmente as crianças do agravamento do seu estado. Mas o importante desta situação é que a CM referia que ela era muito mais do que a doença e que estava cansada que o tema fosse sempre direcionado à sua doença e aos sintomas, embora não negasse o agravamento do seu estado. Mesmo com a rápida progressão da doença oncológica ela tinha uma palavra, uma decisão e uma vontade a ser concretizada... E essa era a sua prioridade...mais do que abordar a doença e todas as suas envolventes ela pretendia que a valorizassem, que a vissem como uma pessoa com um percurso percorrido e com vontade própria.

Esta situação fez-me refletir porque me chamou à atenção para a pessoa enquanto Ser Humano e não apenas para a doença. É verdade que o contexto da intervenção do enfermeiro é a pessoa que vivencia processos de saúde e doença, mas deve espelhar em primeiro lugar o interesse pelo outro e só depois pelo processo de transição saúde/doença. E os cuidados de enfermagem baseiam-se nesta premissa de que a pessoa alvo dos cuidados se deve sentir como indivíduo único com um conjunto de valores próprios e necessidades particulares. Por isso, foi também importante pensar que um discurso pré-formatado pode ter impacto nos doentes e nos seus sentimentos, já que cada situação é particular e cada pessoa com a sua personalidade reage de forma distinta.

A vivência desta situação revela-se bastante positiva na medida em que traduziu na realidade a Teoria de McComarck e McCance (2010) adotada ao longo deste percurso de formação, uma vez que enfatizou a importância da singularidade de cada pessoa. Esta perspetiva é, igualmente, defendida por

Neto, Aitken & Paldrön (2004, p. 31) quando afirmam “o doente deverá, sempre que estiver em condições que o permitam, ser chamado a pronunciar-se sobre os seus principais problemas e receios, e sobre as possíveis opções terapêuticas a adoptar”.

Neste caso em concreto constatei que elaborar questões abertas para a interação com a CM seria a melhor estratégia, de forma a transmitir interesse sobre si, mas sobretudo para permitir a partilha de sentimentos e a expressão de medos ou desejos, fazendo com que a própria conduzisse o discurso.

Embora a intervenção de enfermagem não seja baseada apenas em pressupostos teóricos, mas sim nas emoções e comportamentos que a pessoa demonstra é natural a pesquisa e leitura sobre o tema da dignidade em fim de vida. Recorrendo ao documento Cuidados Paliativos para uma Morte Digna (Ordem dos Enfermeiros, 2010) é assente que este conceito de morte digna é utilizado pelos enfermeiros para representar um resultado positivo ou um objetivo em cuidados paliativos, ou seja, as intervenções de enfermagem têm de resultar numa morte digna. Mas quais são as intervenções implementadas pelos enfermeiros que visam o resultado do cuidado numa morte digna para a pessoa em fim de vida?

Realizando uma revisão narrativa sobre o conceito de morte digna rapidamente surgem artigos sobre a dignidade no fim de vida enfatizando o nome de Chochinov como autor de grande parte das publicações sobre este conceito e que inclusivamente lidera a equipa de investigação que foi pioneira no desenvolvimento do Modelo e na Teoria da Dignidade, que pretende constituir uma intervenção terapêutica para o sofrimento e a angústia em fim de vida. Analisando um dos seus artigos sobre a dignidade em fim de vida, Chochinov (2007) considera que os profissionais de saúde podem ter uma enorme influência sobre a dignidade de quem utiliza os serviços de saúde podendo melhorar a experiência da pessoa e aumentar a sua satisfação, por isso mesmo propõe um modelo designado ABCD para uma intervenção qualificada do profissional de saúde. Cada uma das iniciais corresponde a um conceito que é desenvolvido pelo autor que se traduz num conjunto de atitudes a seguir.

- **A** – Attitude (Atitude) designa a necessidade de promover um olhar atento para as nossas próprias ações, conhecendo aquilo que somos enquanto pessoas, por isso mesmo enquanto profissionais de saúde é necessário considerar algumas questões, como por exemplo: *Como eu me sinto em relação à situação desta pessoa?*, *“O que me está a levar a tirar estas conclusões?”*, *“Estou ciente de como minhas atitudes para com a pessoa a podem estar a afetar?”*, *“Será que as minhas atitudes em relação às pessoas estão baseadas nas minhas próprias experiências, ansiedades ou medos?”* e ainda *“Será que minha atitude ajuda ou dificulta a minha capacidade de cuidar dessa pessoa transparência e respeito?”*
- **B** – Behaviour (Comportamento) refere-se a gestos simples que podem fazer uma pessoa doente sentir-se mais como pessoa, digna de atenção e respeito, como tal são propostas algumas atitudes como: convidar a pessoa ter alguém da sua rede de apoio, especialmente quando a informação é complexa; colocar questões pessoais num ambiente que respeite a privacidade e a confidencialidade; estar sentado mantendo uma distância confortável, na altura dos olhos da pessoa; utilizar uma linguagem que a pessoa possa compreender e questionar sempre se a pessoa tem outras dúvidas, assegurando que existirão outras oportunidades para fazer perguntas que possam surgir.
- **C** – Compassion (Compaixão) não é algo que uma pessoa sabe, é algo que uma pessoa sente, é uma profunda consciência do sofrimento do outro, juntamente com o desejo de aliviá-la, através de um olhar de compreensão, um toque suave no ombro, braço ou mão e estratégias de comunicação.
- **D** – Dialogue (Diálogo) refere-se à comunicação e à sua importância, pois é o primeiro passo para a compreensão do outro e para tal são necessárias questões para melhor conhecer a pessoa, como por exemplo: *“Neste momento da sua vida, quais são as coisas mais importantes ou o que mais o preocupa?”*, *“Quem mais será afetado pelo que está a acontecer com a sua saúde?”*, *“Quem é importante para ajudar a apoiá-lo?”*, *“Quem mais devemos incluir para ajudar a apoiá-lo neste momento difícil?”*. Todos estes

passos, pertinentes na abordagem da pessoa em fim de vida e promotoras de dignidade, conduzem o profissional na relação interpessoal com o outro, bem como constitui uma ferramenta que visa refletir a prática de cuidados ajudando a aplicar a humanidade nos cuidados de saúde para alcançar com a pessoa os melhores resultados. Além disto, importar reforçar que Chochinov (2007) considera que em qualquer forma de comunicação (verbal ou não-verbal) se deve traduzir o reconhecimento do doente como pessoa, para além da sua doença.

Com esta aprendizagem posso afirmar que mais do que o problema do descontrolo de sintomas foram as questões da dignidade da pessoa em fim de vida que emergiram. Neto (2010) esclarece que a perda de autonomia e dignidade constituem uma das principais fontes de sofrimento em doentes em fim de vida e reforça a ideia do sofrimento como experiência singular, uma vez que aquilo que causa sofrimento numa pessoa pode não causar sofrimento noutra, por isso os profissionais de acompanham estas situações devem contar com a subjetividade inerente ao sofrimento. Numa situação de contornos similares pretendo criar um ambiente de relação empática dirigido à pessoa com os exemplos anteriormente descritos de forma a estabelecer uma profunda e sincera relação de ajuda.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the Essence of Medicine: the A, B, C, and D of Dignity Conserving Care. *BMJ*. 334. 184-187.

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1-42). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Neto, I. G.; Aitken, H-H. & Paldrön, T. (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida – Uma Reflexão sobre a Nossa Existência*. Cascais: Editora Pergaminho.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados Paliativos para uma Morte Digna*. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Conselho Internacional de Enfermeiros. Número 2. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

## **APÊNDICE V**

Aplicação do Guia “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida:  
Acrónimo COMFORT”

IMR é uma senhora de 76 anos natural da Madeira, solteira que reside sozinha na região de Lisboa, com o 4º ano de escolaridade e que exerceu a sua atividade laboral em França durante vários anos. Tem uma irmã que reside no mesmo prédio e uma sobrinha que constitui o seu principal apoio e no contexto do internamento é o cuidador familiar que a visita cerca de quatro vezes por semana.

Em contexto de cansaço fácil e dispneia progressiva desde Dezembro de 2013 iniciou quadro de dispneia, disfonia e emagrecimento não quantificado em Abril de 2014 tendo realizado uma tomografia axial computadorizada do pescoço e tórax com diagnóstico médico de neoplasia do pulmão estágio IV com metastização óssea e hepática. Realizou três ciclos de quimioterapia com carbotaxol, mas sem resposta por progressão de doença hepática ficou medicada com quimioterapia oral crizotinib 250 mg/2xdia. É seguida em consulta de oncologia médica e consulta da dor no HBA. Deu entrada no piso zero - ala esquerda do Hospital B a 13 de Outubro de 2014 em contexto de internamento privado para cuidados de conforto, controlo de sintomas, para organização familiar e de apoios necessários e adequados no domicílio. Como antecedentes pessoais relevantes apresenta quistos mamários e pneumonia há três anos. Sem hábitos tabágicos. À entrada do internamento a Srª IMR é totalmente autónoma na satisfação das atividades de vida diárias, apresentando como principais sintomas não controlados as náuseas, vômitos e diminuição acentuada do apetite. Parâmetros das Escalas no momento da admissão:

- Morse: 40
- Barthel: 80
- Katz: 8
- Braden: 20
- Lawton: 5
- MMSE: 25/30

Ao longo do internamento a Srª IMR apresenta agravamento do quadro de náuseas e vômitos com isolamento social mantendo-se longo períodos no quarto em repouso no leito. Desloca-se autonomamente cuidando da sua higiene pessoal e apenas vai ao refeitório para as várias refeições do dia. Apresenta

cansaço fácil a médios esforços sem ser necessário aporte adicional de oxigénio, apresenta tosse que alterna entre períodos de seca com produtiva e quadro de disfonia.

No dia 24 de Novembro de 2014 a Sr<sup>a</sup> IMR teve uma consulta de oncologia médica noutra instituição de saúde e quando voltou mostrou-se claramente pouco comunicativa face ao resultado da consulta com fácies triste, isolando-se no quarto sozinha. Neste dia foi questionado pela enfermeira responsável do serviço se queria falar sobre a consulta a qual respondeu que não...remetendo para o dia seguinte. Foi realizada uma primeira interação com a Sr<sup>a</sup> IMR no dia 25 de Novembro de 2014 durante a manhã após a mesma ter realizado as suas rotinas habituais. A Sr<sup>a</sup> IMR encontrava-se em repouso no leito e quando me aproximo abre espontaneamente os olhos. Questiono se posso estar no quarto e a mesma mostra-se recetiva e disponível para conversar. Sentei-me num cadeirão próximo posicionado de forma a manter o contato visual com a senhora. Comecei por questionar de forma natural *“como está a correr a sua manhã?”*, referindo que continua a não se sentir bem-disposta pois mantém as náuseas e mostra-me inclusivamente o saco do último vómito da manhã. Questiono *“porque acha que isto está a acontecer?”*, no sentido de explorar os sentimentos e medos face à situação, declarando que está doente, que tem um problema entre os pulmões e o estômago mas nunca deu nenhuma designação afirmando mais do que uma vez que *“são coisas que Deus manda e temos de aguentar”*. Acrescenta também que está a fazer uns *“tratamentos com medicações”* e quando questiono qual é o objetivo da medicação apenas refere que não tem estudos para saber. No decorrer do seu discurso afirma que quer melhorar, nesta altura prevejo uma boa afirmação para a questionar tentando compreender o que para a Sr<sup>a</sup> IMR significa melhorar, assim questionei *“a que se refere quando me diz que quer melhorar?”* e a Sr<sup>a</sup> IMR diz de forma clara que quer voltar a casa, manter a sua independência e fazer a sua comida, desde que consiga fazer massa e arroz. Transmite a ideia de que sabe que não vai voltar a ser a mesma e reforça que quer voltar para casa e manter as suas rotinas. Nunca falou em cura e a própria diz que não quer ter muita ilusão. Durante a interação vai pedindo várias vezes desculpa pelo cansaço que apresenta enquanto está a falar e pela disfonia, mas disse-lhe *“não tem de pedir desculpa, temos tempo e fale ao ritmo em que se*

*sente confortável*". Quando lhe questionei sobre a possibilidade de voltar a casa e quais os apoios que acha que serão necessários refere que sabe que ainda é cedo, mas que terá de pagar a alguém para estar com ela em casa. No seguimento dos apoios para casa questionei "*a sua sobrinha pode também ser um apoio quando for para casa?*", respondeu-me que pontualmente pode ser uma ajuda mas como tem emprego não tem disponibilidade total. Quando perguntei "*o que neste momento está a ser mais difícil para si?!*" para encorajar à expressão de sentimentos a Sr<sup>a</sup> IMR responde que é a tosse, os vómitos e a falta de apetite. Mostra cansaço evidente ao longo da interação e diz-me claramente, após esta última resposta, que sente vontade de descansar mais um pouco. Avanço com a expressão de que é normal que se sinta cansada pois é um dos sintomas do seu problema, que exige que faça períodos de descanso maiores, normalizando que o que sente não é fora do comum num momento como este. Agradece a minha presença. Nesta altura agradeço também a sua disponibilidade, desejando a continuação de uma boa manhã. Reforço a ideia que a equipa está disponível para o que for necessário e questiono se posso voltar amanhã para conversar, ao qual a Sr<sup>a</sup> IMR respondeu que sim, evidenciando assim disponibilidade e interesse na situação complexa pela qual está a vivenciar.

No dia 26 de Novembro de 2014 foi realizada uma segunda interação com a Sr<sup>a</sup> IMR durante o período da manhã após a mesma ter cumprido as suas rotinas. Esta interação foi realizada em conjunto com a médica da unidade, decisão que foi tida em conjunto na sala de trabalho de enfermagem após reunião diária com a médica em que se abordou o maior cansaço da Sr<sup>a</sup> IMR e o seu evidente isolamento e tristeza após a consulta de oncologia médica.

Juntamente com a médica dirigimo-nos ao quarto da Sr<sup>a</sup> IMR onde esta se encontrava deitada na cama mas acordada, entrando primeiro a médica e eu de seguida cumprimentando com um bom dia e questionando se podíamos entrar e conversar um pouco. A Sr<sup>a</sup> IMR respondeu que sim e posicionou-se na cama de forma a poder estar mais confortável. Foi notório que a Sr<sup>a</sup> IMR me deu um cumprimento mais efusivo questionando-me como eu estava e após a minha resposta e eu devolvi a questão "*como a Sr<sup>a</sup> IMR se sente hoje?*" e referiu apenas

que continuava igual aos dias anteriores. A médica de seguida questionou “*como correu a consulta e o que é que a médica do outro hospital lhe disse?*”, a Sr<sup>a</sup> IMR respondeu “*que está tudo a correr bem e que apenas vou fazer mais um comprimido porque tenho uma infeção*”. E o que a Sr<sup>a</sup> IMR pensa sobre “*está tudo a correr bem?*” e “*o que sentiu quando saiu da consulta?*” respondendo que acha que não está assim tão melhor, pois está até mais cansada e continua com vómitos, mas que quer muito melhorar. Assim, tal como no dia anterior, foi questionado “*o que significa melhorar?*” apresentando o mesmo discurso do dia anterior... ir para casa e manter as suas rotinas, pois até tem saudade de cozinhar e acha que o apetite vai melhorar se fizer a sua própria comida. Foi validada a importância destas atividades para a Sr<sup>a</sup> IMR, contudo a médica diz que é necessário que se mantenha no internamento para ser possível organizar uma possível alta para o domicílio com segurança e ajustar a terapêutica a estes sintomas ainda pouco controlados. Reforça a ideia que toda a equipa está empenhada no melhor para a Sr<sup>a</sup> IMR e nesta altura é sugerida uma conferência familiar para que em conjunto com a sobrinha se decida a melhor estratégia, a qual aceitou.

No decorrer desta interação a Sr<sup>a</sup> IMR falou espontaneamente na vontade que tem em regressar à Madeira para visitar uns primos. Sobre esta possibilidade a médica mostrou interesse na ideia e focou todo o seu discurso nesta possibilidade afirmando que se for um desejo da Sr<sup>a</sup> IMR “*é um objetivo a estabelecer a curto prazo*”. De acordo com a ideia de viajar até à madeira foi questionado “*onde ficaria no caso de viajar até à Madeira*”, “*quem são os familiares que residem na Madeira?*” e “*tem alguma situação específica para resolver na Madeira?*”, no sentido de compreender a vontade e se os meios assim possibilitavam a sua ida. Foi validada a importância de manter objetivos independentemente de estar no internamento. Depois da ideia de viajar até à Madeira, o diálogo pouco abordou os seus principais desconfortos uma vez que a Sr<sup>a</sup> IMR sempre valorizou a vontade de regressar a casa e do quanto deseja manter sua independência. Disse “*sei que não vou voltar a ser como antes*”, acrescentando que recusa a possibilidade de ir para um lar ao contrário da ideia da irmã mais nova, por isso foi questionado “*o que pensa face à possibilidade de ter uma pessoa diariamente na sua casa?*” e ainda “*o que pensa que vai precisar*

*em sua casa?*”, sempre com o intuito de planejar uma alta para domicílio de acordo com a vontade da Sr<sup>a</sup> IMR. Terminamos esta interação realçando de que independentemente do que seja decidido a equipa está sempre disponível e que a ideia da viagem à Madeira será um assunto a abordar na conferência familiar. Agradecemos o momento reforçando a importância de que pode falar com a equipa sempre que assim entender.

## Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida

### Acrónimo COMFORT

<p><b>C</b> <i>Communicating</i></p>	<p>Informar Esclarecer Advogar Validar Promover expressão de sentimentos Escuta ativa</p>	<p>Nas interações descritas anteriormente foram utilizadas estas estratégias de comunicação.</p>
<p><b>O</b> <i>Orientation and Opportunity</i></p>	<p>Tom de voz Linguagem sem estereótipos Avaliar necessidades culturais, crenças e rituais</p>	<p>Foi utilizado um tom de voz baixo, uma postura serena que traduzisse disponibilidade pelo momento e contacto ocular ao mesmo nível.</p>
<p><b>M</b> <i>Mindful Presence</i></p>	<p>Presença intencional Sensibilidade ao contexto Não julgar Ser empático</p>	<p>As interações tiveram como base a relação de ajuda e o diálogo centrado nas necessidades manifestadas pela Sr<sup>a</sup> IMR.</p>
<p><b>F</b> <i>Family</i></p>	<p>Padrões de comunicação entre a família Avaliar as ligações familiares Explorar a importância de diversos elementos familiares</p>	<p>O cuidador familiar é a sobrinha, com a qual mantém uma relação próxima e de confiança, mas existem outros elementos da família nuclear que residem na Madeira com os quais mantém contacto telefónico regular e manifesta o desejo de os poder reencontrar brevemente.</p>
<p><b>O</b> <i>Openings</i></p>	<p>Necessidades sociais da pessoa doente e família Impacto financeiro</p>	<p>Nesta situação a Sr<sup>a</sup> IMR verbalizou que tinha possibilidades económicas para se manter internada na instituição privada mas o seu desejo era voltar para casa, onde aceitava ter um cuidador.</p>
<p><b>R</b> <i>Relating and the Physical Aspects of Care</i></p>	<p>Responder às necessidades da pessoa doente e família Gerir a informação a transmitir Garantir a compressão da família Proporcionar orientação à família Proporcionar medidas de conforto físico</p>	<p>Após as interações com a Sr<sup>a</sup> IMR foi estabelecida a importância de uma conferência familiar, com três objetivos prévios: validar opções terapêuticas e de intervenção; validar expectativas da pessoa e família e negociar planos e objetivos viáveis.</p>
<p><b>T</b> <i>Team Structure and Processes of Care</i></p>	<p>Trabalho em equipa multidisciplinar Decisão partilhada em equipa</p>	<p>O feedback das interações com a Sr.<sup>a</sup> IMR foi sempre partilhado com a equipa de enfermagem, nomeadamente os desejos, expectativas e necessidades e inclusivamente a segunda interação foi com dois elementos da equipa multidisciplinar (médico e enfermeiro).</p>

## **APÊNDICE VI**

Questionário de Formação aplicado à Equipa de Enfermagem do  
Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C

## **Questionário de Formação**

No âmbito do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Enfermagem Oncológica – da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa encontro-me a desenvolver o Projeto de Estágio “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Intervenção de Enfermagem”.

No sentido da melhoria da qualidade de cuidados nesta área em particular, venho por este meio solicitar a participação neste questionário para determinar as necessidades específicas da equipa de enfermagem no que respeita à temática da comunicação com a pessoa em fim de vida.

O anonimato e a confidencialidade dos dados são garantidos, não sendo recolhidos dados pessoais. As respostas serão utilizadas apenas com objetivo de determinar as necessidades específicas da equipa de enfermagem no domínio da comunicação com a pessoa em fim de vida para a realização de formação.

Desde já muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

*Daniela Martins*

Janeiro de 2015

1. Há quantos anos exercer a profissão de enfermagem? \_\_\_\_\_
  
2. Há quantos anos trabalha neste serviço? \_\_\_\_\_
  
3. No âmbito do seu desenvolvimento profissional a comunicação com a pessoa em fim de vida é um tema que lhe suscita interesse?      Sim       Não
  
4. Quando lhe é sugerido o tema da comunicação com a pessoa em fim de vida, quais são as áreas particulares do seu interesse?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Que técnicas de comunicação são mais frequentes na sua abordagem à pessoa em fim de vida?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Qual (ais) a (s) área (s) em que sente maior dificuldade?
  - Transmissão e gestão de más notícias
  - Apoio emocional à pessoa em fim de vida
  - Apoio emocional à família da pessoa em fim de vida
  - Presença autêntica
  - Gestão dos silêncios
  - Escuta ativa
  - Compreensão empática
  - Expressão de sentimentos
  
7. Incluído no âmbito da comunicação com a pessoa em fim de vida que assunto em particular gostaria que fosse alvo de análise e reflexão com a equipa de enfermagem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
8. Caso pretenda deixar sugestões relacionadas com esta temática: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muito Obrigada

## **APÊNDICE VII**

Resultados do Questionário de Formação aplicado à Equipa de Enfermagem  
do Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C

**Obrigada** pela participação no Questionário de Formação o qual foi importante para elaborar o trabalho que estou a desenvolver no Serviço de Oncologia Médica sobre a “Comunicação com a Pessoa em Fim de Vida: Intervenção de Enfermagem”.

Daniela Martins

<b>1. Número de anos da profissão de enfermagem</b>	
N.º ANOS	N.º ENFERMEIROS
≤ 5	7
6 -10	9
11-15	8
16-21	6

<b>2. Número de anos no serviço de Oncologia Médica II</b>	
N.º ANOS	N.º ENFERMEIROS
≤ 5	10
6 -10	9
11-15	6
16-21	5

**3. Interesse pelo tema da comunicação com a pessoa em fim de vida** – 100% da equipa de enfermagem manifestou interesse.

<b>4. Áreas particulares de interesse</b>	
N.º ENFERMEIROS	
Transmissão e gestão de más notícias	15
Gestão de expectativas	5
Apoio emocional	13
Gestão e expressão de sentimentos	6
Trabalho em equipa	4
Outras	

<b>5. Técnicas de comunicação mais frequentes</b>	
N.º ENFERMEIROS	
Escuta ativa	28
Compreensão empática	8
Toque terapêutico	7
Presença autêntica	4
Outras	

<b>6. Áreas de maior dificuldade</b>	
N.º ENFERMEIROS	
Transmissão e gestão de más notícias	19
Apoio emocional à pessoa	11
Apoio emocional à família	14
Presença autêntica	6
Gestão dos silêncios	12
Escuta ativa	0
Compreensão empática	0
Expressão de sentimentos	6

<b>7. Assunto alvo de análise e reflexão com a equipa de enfermagem</b>	
N.º ENFERMEIROS	
Transmissão e gestão de más notícias	12
Apoio emocional à pessoa e família	13
Outras	

### **8. Sugestões:**

- Proporcionar momentos de partilha, análise e reflexão sobre a comunicação com a pessoa e família em fim de vida.
- Criar linhas orientadoras sobre estratégias de comunicação.

## **APÊNDICE VIII**

Plano da Sessão de Formação – Transmissão e Gestão de Más  
Notícias - Protocolo de Buckman (SPIKES)

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>Formação:</b> <u>Transmissão e Gestão de Más Notícias – Protocolo de Buckman</u>	
<b>Local:</b> Sala de formação do Serviço de Medicina Oncológica do Hospital A	<b>Data:</b> 05 de Fevereiro de 2015
<b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Oncológica do Hospital A	<b>Hora:</b> 14h:30min
<b>Objetivo Geral:</b> Sensibilizar a equipa de enfermagem para a transmissão e gestão de más notícias - Protocolo de Buckman (SPIKES)	<b>Duração:</b> 30 minutos

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b> 5 minutos	Tema a desenvolver Resultados obtidos com a aplicação do questionário	- Justificar a temática a desenvolver - Apresentar os resultados obtidos com a aplicação de questionário de formação: transmissão e gestão de más notícias	Expositiva	Fotocópia com os resultados obtidos no questionário de formação Computador Datashow Programa Microsoft PowerPoint®
<b>Desenvolvimento</b> 20 minutos	Definição de Má Notícia Protocolo de Buckman (SPIKES) Protocolo de Buckman - Caso Clínico	- Definir má notícia - Apresentar o Protocolo de Buckman - Aplicar o Protocolo de Buckman com base num caso clínico - Refletir sobre a aplicação do Protocolo de Buckman	Expositiva Participativa Reflexiva	Computador Datashow Programa Microsoft PowerPoint®
<b>Conclusão</b> 5 minutos	Síntese final Esclarecimento de dúvidas Avaliação da sessão de formação	- Esclarecer dúvidas - Avaliar a sessão de formação com a aplicação de um documento designado “Avaliação da Sessão de Formação”	Expositiva Participativa	Computador Datashow Programa Microsoft PowerPoint® Documento “Avaliação da Sessão de Formação”

## **APÊNDICE IX**

Modelo de Avaliação das Sessões de Formação

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

O breve questionário pretende ser um instrumento de avaliação da formação desenvolvida. Agradeço a colaboração, assinalando com um X, a resposta que melhor traduzir a sua opinião.

### 1. Objetivos / Conteúdos / Métodos / Duração

	1	2	3	4		
a) Objetivos da sessão de formação	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Claros
b) Conteúdos da sessão de formação	Inadequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Adequados
c) Duração da sessão de formação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Adequada
d) Estrutura da sessão de formação	Incorreta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Correta
e) Utilidade dos conteúdos	Inaplicáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Aplicáveis
f) Métodos utilizados	Inadequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Adequados

### 2. Formadora

	1	2	3	4		
a) Linguagem utilizada	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Adequada
b) Capacidade de transmissão de conhecimentos	Fraca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
c) Domínio da temática	Fraco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Bom
d) Capacidade de dinamização	Fraca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Boa

**Comentários:**

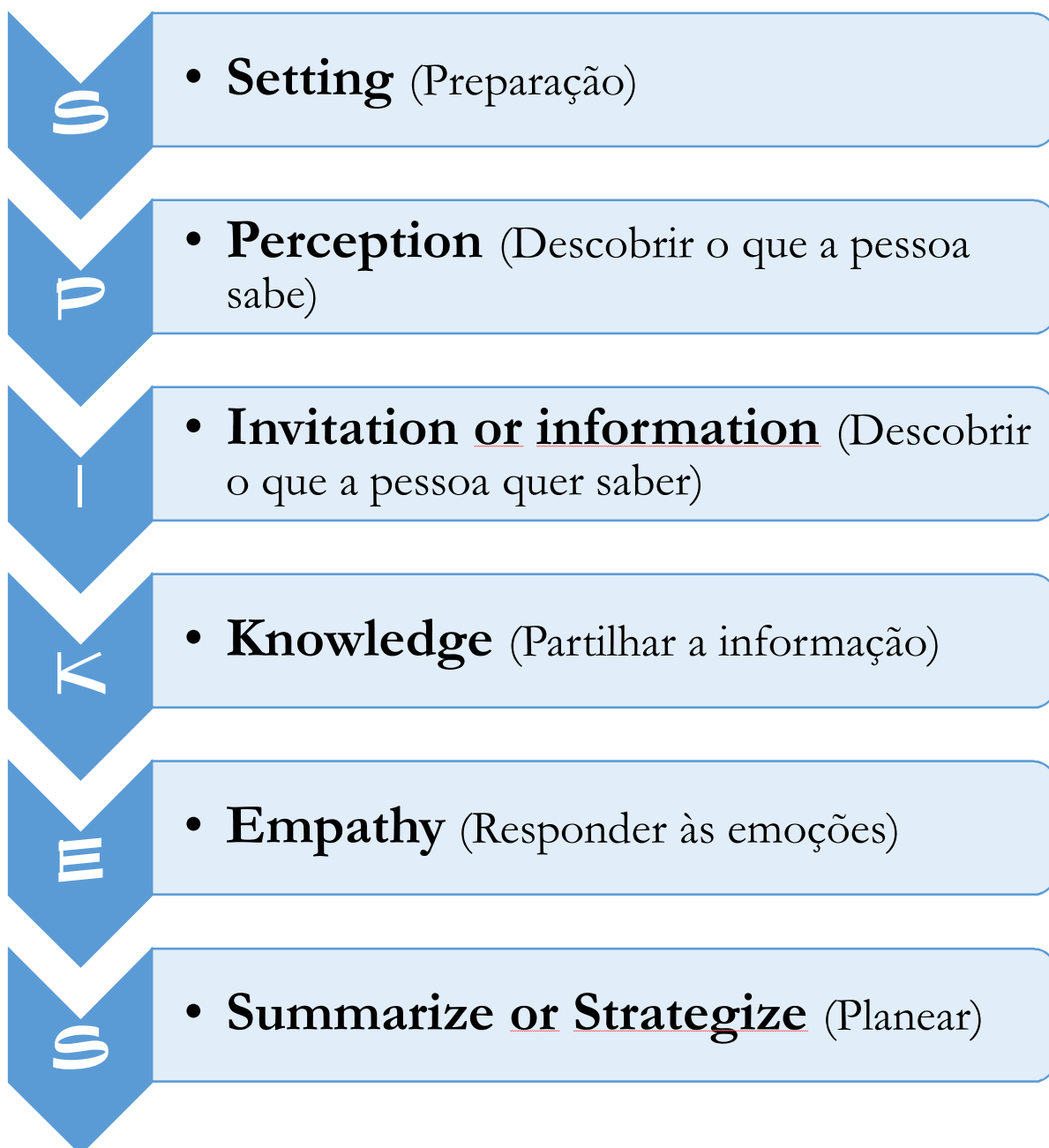
---

## **APÊNDICE X**

Poster – Protocolo de Buckman (SPIKES)

# Protocolo de Buckman

## (SPIKES)



Referência Bibliográfica:

Buckman, R.A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2. 138-142.

Elaborado por: Daniela Azevedo Mota Resende Martins

5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## **APÊNDICE XI**

Plano da Sessão de Formação – Gestão do Impacto da Má Notícia

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>Formação:</b> <u>Gestão do Impacto da Má Notícia</u>				
<b>Local:</b> Sala de formação do Serviço de Medicina Oncológica do Hospital A			<b>Data:</b> 13 de Fevereiro de 2015 06 de Março de 2015	
<b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Oncológica do Hospital A			<b>Hora:</b> 14h:30min	
<b>Objetivo Geral:</b> Apresentar as principais estratégias de comunicação descritas na literatura			<b>Duração:</b> 45 minutos	
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b> 5 minutos	Objetivos e conteúdos a desenvolver	- Apresentar os objetivos e conteúdos da sessão	Expositiva	Computador; Datashow Programa Microsoft PowerPoint®
<b>Desenvolvimento</b> 30 minutos	Impacto da má notícia Comunicação não-verbal Protocolo de Buckman Estratégias de comunicação Casos clínicos	- Expor o impacto da má notícia na pessoa, família e profissional de saúde - Compreender a importância da comunicação não-verbal - Rever o Protocolo de Buckman (SPIKES) - Explorar as estratégias de comunicação - Apresentar três casos clínicos para mobilizar e refletir sobre as competências de comunicação	Expositiva Participativa Reflexiva	Computador Datashow Programa Microsoft PowerPoint®
<b>Conclusão</b> 10 minutos	Síntese final Esclarecimento de dúvidas Espaço para partilha e sugestões	- Esclarecer dúvidas - Proporcionar momento para partilha e sugestões	Expositiva Participativa	Computador; Datashow Programa Microsoft PowerPoint®; Documento "Avaliação da Sessão de Formação"

## **APÊNDICE XII**

Folheto Informativo sobre a Gestão do Impacto da Má Notícia

Serviço de Medicina Oncológica

---

Daniela Martins

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica da ESEL

---

Referência Bibliográfica:

Kissane, D.; Bultz, B.; Buton, P. & Finlay, I. (2010). *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford University Press

---

## **Gestão do Impacto da Má Notícia**

---

Estratégias de Comunicação

Folheto Informativo

---

<b>ESTRATÉGIAS DE QUESTIONAMENTO</b>		
<b>Estratégia</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Convidar a pessoa a colocar questões</b>	Deixar claro a disponibilidade para responder a questões	<i>“Existe alguma situação que pretenda esclarecer comigo?”</i>
<b>Incentivar a fazer questões</b>	Expressar à pessoa a importância de fazer questões	<i>“As questões são uma boa maneira de obter informação que precisa. Por isso esteja à vontade para me questionar sobre o que precisa”</i>
<b>Clarificar</b>	Fazer uma questão para melhor compreender o que a pessoa está a dizer	<i>Quando questionou sobre os efeitos secundários da terapêutica, refere-se a algum em particular?”</i>
<b>Reformular</b>	O profissional de saúde diz nas suas próprias palavras o que pensa que a pessoa está a dizer	<i>“Se eu compreendi corretamente está preocupado pelo facto da sua esposa não comer... é isso?”</i>
<b>Fazer uma pausa no diálogo</b>	Fazer uma pausa para rever a prioridade dos assuntos a abordar	<i>“Até agora já falamos sobre várias situações. Parece-me que está a ficar cansado... Gostaria de o fazer noutra dia?”</i>

<b>ESTRATÉGIAS EMPÁTICAS</b>		
<b>Estratégia</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Reconhecer</b>	Fazer uma declaração que reconheça a emoção ou a experiência do paciente	<i>“Parece que este foi/está a ser um momento difícil para si”</i>
<b>Normalizar</b>	Fazer uma declaração comparativa que expresse que a resposta emocional não é fora do comum	<i>“É comum sentir-se assim num momento como este”</i>
<b>Legitimar</b>	Fazer uma declaração que expresse que a resposta emocional da pessoa a uma situação é própria e razoável	<i>“É compreensível que se tenha sentido/se sinta ansioso”</i>
<b>Encorajar à expressão de sentimentos</b>	Expressar à pessoa que gostaríamos de saber como se está a sentir emocionalmente	<i>“É importante para mim compreender como está a lidar com tudo isto emocionalmente”</i>
<b>Valorizar os esforços da pessoa</b>	Validar a tentativa da pessoa em lidar com a situação	<i>“Está a cumprir a terapêutica prescrita” “Neste processo parece-me que está a cuidar bem de si”</i>
<b>Expressar disponibilidade para ajudar</b>	Fazer uma proposta específica de ajuda ou demonstrar disponibilidade em futuramente ajudar	<i>“Se preferir eu poderei explicar à sua filha quando ela estiver presente” “Diga-me como posso ajudá-lo”</i>

## **APÊNDICE XIII**

Reflexão – Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C

A situação vivenciada e que conduziu a esta reflexão diz respeito à Sr<sup>a</sup> SM de 40 anos, residente no Cacém, em união de facto, sem filhos e a trabalhar por conta própria num café, com diagnóstico médico de carcinoma do pavimento celular do colo do útero. Realizou, inicialmente, tratamentos de quimioterapia e radioterapia mas atualmente em progressão de doença com invasão vaginal. Ficou entrada no Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C por quadro álgico descontrolado na região dorso lombar, com aumento da dependência na satisfação das atividades de vida diárias, estando totalmente dependente no leito por dor intensa à mobilização. Por esta razão e após decisão clínica ficou internada com o objetivo de realizar radioterapia paliativa antiálgica.

Perante esta evolução da situação clínica a Sr<sup>a</sup> SM foi questionada “*onde prefere ser cuidada?*” “*neste momento faz sentido ficar no internamento?*” a qual referiu que tinha preferência por se manter no internamento, uma vez que se sentia mais segura. Por isto, foi possível proporcionar um quarto de apenas uma cama para que a companheira pudesse estar presente durante 24h, se assim desejasse. Em diversas situações, mais do que o local é a forma como a pessoa e o familiar é cuidado e como se sente, devendo o mais precocemente abordar os vários cenários possíveis, os desejos, os medos, o que tinha ainda definido como objetivos pessoais e familiares, se existe alguma situação particular que precise de ser tratada indo assim ao encontro às suas reais necessidades, para promover um fim de vida mais tranquilo, em que a pessoa e a família sentissem genuinamente que não seriam abandonadas.

Perante uma situação semelhante parece-me fundamental, através de questões direcionadas, trabalhar o que ainda é possível fazer com a pessoa e os seus objetivos pois todos temos objetivos pessoais relacionados com os próprios valores. Foi nesta situação em particular e noutras de caráter semelhante que refleti sobre a importância, de numa fase precoce, tomar decisões conjuntas validando os desejos da pessoa, o seu conforto, os seus valores e os seus objetivos para a excelência do cuidado de enfermagem. Assente também nesta situação, é primordial, que antes da interação com qualquer pessoa, elaborar uma questão para nós próprios enquanto profissionais de saúde “*o que é importante para esta pessoa?*” para uma abordagem

centrada na unicidade da pessoa, pois aquilo que é importante para a pessoa será o importante para o profissional que está empenhado em garantir o máximo de conforto físico, psicológico e espiritual nesta etapa da vida. Isto significa o quão é importante deter um conhecimento pessoal enquanto pessoa e enquanto profissional para a criação de uma aliança terapêutica segura e válida (McComarck e McCance, 2010).

O quadro clínico da Sr<sup>a</sup> SM evoluiu rapidamente no internamento, após alguns dias, com degradação do estado geral, situação que fez a equipa considerar a possibilidade de um quarto privado e naturalmente uma abordagem diferente quer à Sr<sup>a</sup> SM quer à companheira, ou seja, trabalhar a família no sentido da proximidade com o fim de vida. Numa das abordagens a companheira da Sr<sup>a</sup> SM questionou-me *“perante esta situação, o que hei-de esperar?”*. Perante esta questão aberta, que me dava a possibilidade de informar e gerir a informação, devolvi-lhe dizendo *“o que pensa que pode acontecer?”* no sentido de obter mais informação sobre o que a companheira sabia e através das suas palavras poder orientar o meu discurso (utilizando assim a estratégia de devolução da questão para saber o que a outra pessoa sabe, de acordo com o segundo passo do Protocolo de Buckman). A mesma responde que lhe parece que a SM está numa *“situação delicada e que está a piorar rapidamente”*. Nesta altura, parecendo-me o momento apropriado, aproveito para lhe confirmar as suas palavras argumentando *“que a situação clínica, tal como refere, está a evoluir rapidamente e que perante esta evolução a equipa está centrada e empenhada no conforto da Sr<sup>a</sup> SM”* (sendo aplicada a estratégia de reconhecer/validar o conhecimento e as emoções face à situação). Objetivamente, ainda, questionou *“visto estes sinais é provável que faleça brevemente?”*, questão esta que demonstra que compreendeu a informação anteriormente transmitida, ou seja, demonstrou que sabe que a familiar se encontra em fim de vida, mas que precisa ainda de dados mais concretos. Por isso afirmei *“nestas situações sabemos que pode evoluir rapidamente mas não existem tempos. Ninguém lhe vai conseguir dizer quanto tempo, uma vez que todos somos diferentes e até mesmo nestas alturas de fragilidade o tempo é imprevisível. Aquilo que lhe posso garantir é que o conforto é o mais importante neste momento e que da nossa parte esse será a nossa prioridade”* (com esta afirmação utilizei a estratégia de

informar utilizando a relação empática e uma linguagem acessível de forma a demonstrar o plano terapêutico). Rapidamente surge uma nova questão em resultado das palavras que acabei de dizer... “*o que podem fazer para ela estar confortável?*” e também “*como me podem garantir que ela está confortável?*”. Aqui foi essencial esclarecer o conceito de conforto dizendo que através de sinais externos como expressões faciais e gemidos é possível avaliar o conforto e que ele é conseguido através de ajuste de medicação (esclarecimento da situação). E após este discurso a companheira foi explícita afirmando “*não quero que a SM tenha qualquer sofrimento*”. Referi que “*estamos centrados nesse ponto e do que depender do nosso trabalho ela não terá sofrimento associado*”, reforçando o compromisso na prestação de excelentes cuidados de enfermagem. Agradece as minhas palavras e nesta altura deixo espaço para disponibilidade futura, mencionando “em qualquer momento que sinta que tem dúvidas ou precisa do apoio da equipa de enfermagem nós estamos disponíveis”, referindo inclusivamente que é normal que apareçam dúvidas (com estas palavras foi usado o incentivo à colocação de questões e à expressão de sentimentos, a normalização e a disponibilidade futura). No final o sentimento pela forma como esta interação decorreu foi de satisfação pessoal e de sentir a cumplicidade e confiança depositada em mim e na equipa, considerando assim que estava a cuidar quer da Sr<sup>a</sup> SM quer da pessoa significativa, tal como preconizam os cuidados paliativos.

Nesta situação o conforto da Sr<sup>a</sup> SM era primordial e este conceito de conforto em fim de vida é uma valência bastante difundida e explorada, sendo amplamente tido em consideração quer na perspetiva do profissional quer na perspetiva da família. De acordo com Kolcaba (2003, p. 14), autora de relevo que desenvolveu a Teoria de Conforto, o conforto é definido como “a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação de três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) em quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, ambiental e socio-cultural)”. Mais acrescenta Kolcaba (1994, p. 1181) que “a promoção do conforto dos doentes em fim de vida é o principal objetivo dos cuidados de enfermagem, mas esta maximização do conforto deverá ser feita de acordo com os desejos e aspirações dos próprios doentes”. Para reforçar esta perspetiva Neto (2010, p. 61) defende que nos

doentes em fim de vida “torna-se fundamental ter como objetivos terapêuticos a promoção do conforto do paciente e da sua família”.

Se no ato de cuidar agimos para o melhor bem do outro porque é que de forma frequente decidimos o que é bom para o outro sem questionar objetivamente “*o que para si é melhor?*”, “*o que pensa desta possibilidade?*” “*o que quer perante esta proposta?*”, porque o que deve guiar a intervenção do profissional de saúde é o que for importante para o outro. Os cuidados prestados têm de fazer sentido para aquele que os recebe, por isso Nunes (2008, p. 48) afirma que “os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida”.

Ainda relativamente a esta situação parece-me importante refletir sobre o apoio dado à companheira nos momentos finais da vida da Sr<sup>a</sup> SM. São vários os sinais característicos da fase agónica e num dos turnos estive presente onde questionei diretamente a companheira “*quer a minha presença ou apenas ficar com a Sr<sup>a</sup> SM?*”, a qual referiu que preferia a minha presença se eu assim tivesse disponibilidade. Penso que realizei esta questão, uma vez que já tinha um percurso e uma vivência anterior com ambas que me deu cumplicidade e segurança para formular a pergunta. Desta forma, permaneci junto de ambas com uma presença autêntica verbalizando apenas que os sinais evidenciados pela Sr<sup>a</sup> SM como a respiração era naturais nesta circunstância, mas enfatizando a tranquilidade e o fâcies sereno que a Sr<sup>a</sup> SM apresentava. Pareceu-me igualmente importante enfatizar e valorizar a companheira pela presença constante ao longo de todo o processo de doença para o reforço positivo e para um luto normal. Pouco tempo depois a Sr<sup>a</sup> SM falece e a companheira agradece pela minha presença num momento tão doloroso como este. Ao longo deste turno as palavras foram escassas, porém essenciais já que o principal foi a presença verdadeira e disponível para um momento tao profundo como a morte. Nesta situação em particular o silêncio verificou-se como oportuno e mostrou-me que, em situações que cruzam o fim de vida, é essencial informar e legitimar as emoções associadas à perda de um familiar, mas que a presença autêntica

do profissional é das estratégias mais eficazes perante uma família que assim o deseje.

No decorrer da minha experiência profissional compreendo que nem todas as famílias têm capacidade de emocionalmente lidar com o fim de vida, mas o enfermeiro está numa posição favorável para aconselhar a família a permitir que o familiar expresse os seus sentimentos e emoções de forma a reduzir estados de ansiedade e culpa. Esta relação que se aprofunda, no contexto do fim de vida, deve ser verdadeira e aberta para que, inclusivamente, possam falar dos desejos como heranças, pormenores do enterro ou mesmo orientações para os que ficam, sendo benéfico para ambos os intervenientes. (Pacheco, 2004). Ainda, de acordo com Pacheco (2004) cuidar da pessoa em fim de vida implica estabelecer uma relação de ajuda para o ajudar a viver o mais serenamente até à morte. Esta tem de ser baseada em confiança, compreensão e no apoio senão os cuidados de enfermagem correm o risco de perder a sua eficácia e serem desprovidos de significado. Ferreira & Dias (2005) descrevem quatro distintas formas de o enfermeiro se posicionar no relacionamento interpessoal. A presença física simples, que se apoia na definição de Benner (2001) caracterizada por estar no contexto mas sem interação entre os intervenientes. A presença parcial em que o profissional interage com a pessoa mas com vista à realização de uma técnica e relegando para segundo plano a pessoa. A presença plena baseada na escuta, atenção e interesse é a forma de estar presente física e psicologicamente, em que a pessoa é o centro das atenções. Esta forma de estar presente reflete-se em situações como a individualização da pessoa pelo nome, bem como pela identificação precoce de qualquer reação da pessoa. Em muitas situações são gestos simples que podem elevar a intensidade da presença. Por último, a presença transcendente verifica-se quando o enfermeiro sente uma unicidade com a pessoa e sentimentos como a paz, conforto e a harmonia resultam desta presença.

Em ambas as interações, quer com a Sr<sup>a</sup> SM quer com a pessoa significativa, a forma tranquila e delicada com que as conversas foram fluindo foi um aspeto positivo para o meu crescimento pessoal e profissional, já que me fez evoluir na capacidade de gerir uma situação com emoções fortes, bem como

aplicar as estratégias de comunicação. Contudo, sentimentos como a ansiedade de aplicar corretamente as palavras nas interações com as pessoas estão sempre presentes, mas é através das múltiplas situações e com o exercício da reflexão na prática que existe crescimento profissional.

O cuidar em fim de vida implica capacidade de escuta, sendo esta uma capacidade base e primordial à relação de ajuda. Para Abiven (2001, p. 122) “escutar o doente em fase terminal é uma arte subtil e difícil”. Tendo por base Lazure (1994), autora de referência no que respeita à relação de ajuda, é possível resumir algumas sugestões que a mesma define como escuta eficaz, enfatizando que o enfermeiro deve oferecer a sua presença e atenção à globalidade da pessoa. Assim, é pertinente que em primeiro lugar o profissional tenha o desejo de estar em estreita relação com a pessoa, com uma serenidade plena e receptiva a acolher inteiramente a pessoa. O espaço físico escolhido deve ser calmo, favorável à escuta e que privilegie a privacidade. A distância entre os intervenientes e a atitude corporal, deve ser tida em conta pois o facto do profissional se inclinar ligeiramente para a pessoa permite que esta se sinta mais próxima. Deve evitar-se braços cruzados, mexer nervosamente os dedos e apoiar-se alternadamente em cada uma das pernas. É importante olhar a pessoa de frente sem todavia fixar o olhar para prevenir situações de ansiedade. O enfermeiro deve saber privilegiar os silêncios, fazendo inclusivamente silêncios dentro de si mesmo para evitar juízos de valor e o medo de não saber o que dizer, pois nem todas as situações exigem a necessidade de responder algo. Aliás, o facto de responder de imediato revela-se um julgar precoce das palavras da pessoa. A atenção para com a linguagem não-verbal é primordial completando o que o enfermeiro escutou através das palavras. E a honestidade na escuta eficaz tem um peso muito importante para que seja uma verdadeira relação de ajuda (Lazure, 1994).

Sapeta (2011) no estudo que desenvolveu destaca alguns conceitos centrais na interação enfermeiro-doente em fim de vida, são eles: relação de proximidade quer física quer afetiva; cuidados centrados na pessoa; compromisso em aliviar o sofrimento; relação de “amizade”; promoção de esperança realista e criação uma aliança terapêutica assente na confiança

recíproca. Tudo isto permite alívio do sofrimento existencial, uma aceitação gradual da morte e ajuda a pessoa a encontrar um sentido. O contexto de fim de vida impõe questões éticas que envolvem a pessoa doente, a família e o profissional de saúde. Para Ferreira & Dias (2005, p. 107) “o ideal ético da enfermagem é cuidar o Homem, tendo como finalidade protegê-lo, preservá-lo e respeitar a sua integridade e dignidade (...)”. Nem sempre as decisões são lineares e simples exigindo uma tomada de decisão partilhada com a equipa que após reflexão e decisão com a pessoa escolhe a melhor forma de proporcionar o desejado. Estas tomadas de decisão devem espelhar o cumprimento de princípios éticos que constituem diretrizes pelas quais o ser humano rege o seu comportamento. Estes conceitos ao serem compreendidos e aplicados pelos enfermeiros são uma abordagem coerente e norteadora da prática com o intuito do melhor para a pessoa e família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma Morte mais Humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original Inglês *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, 2001, Prentice Hall).
- Ferreira, M. & Dias, M. O. (2005). *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19. 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.

- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Neto, I. G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa & I. G. Neto (Editores). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61 - 68). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 16 (1). 41-50.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. (M. Rosa, Trad.) Lusodidacta: Lisboa. (Tradução do original Francês *Vivre La Relation D'Aide*, 1994, Décarie Editeur).
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida. O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

Caracterização dos Locais de Estágio

## **Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A**

A EIHS CP do Hospital A iniciou a sua atividade no dia 05 de Janeiro de 2009, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar. Apresenta como finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos diversos serviços do hospital, fazendo orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal e/ou seus familiares/cuidadores para os quais seja solicitada a sua atuação, podendo em condições excecionais prestar cuidados diretos (Folheto Informativo – EIHS CP do Hospital A, 2011).

## **Unidade de Internamento do Hospital B**

A Unidade de Internamento do Hospital B é um serviço de internamento que presta cuidados a pessoas com necessidades paliativas e de convalescença. Esta unidade apresenta uma equipa de profissionais com competências diferenciadas que trabalham com base na filosofia dos cuidados paliativos, e o seu objetivo prende-se com a otimização da autonomia e a qualidade de vida das pessoas internadas. O hospital dá especial enfoque ao papel da família através de uma presença efetiva e organizada, bem como à possibilidade de proporcionar um ambiente personalizado e confortável, tendo como valor a máxima de “cada doente, um caso particular” (Site do Hospital B, 2014).

## **Serviço de Medicina Oncológica do Hospital C**

Este serviço está integrado num centro oncológico multidisciplinar de referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com atividade abrangente nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando, a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as

melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, conforme o primado “o doente em primeiro lugar” (Intranet do Hospital C, 2015). No referido serviço são múltiplos os diagnósticos do foro oncológico, à exceção de diagnósticos hematológicos, sendo responsável pelo tratamento de pessoas com neoplasias da cabeça e pescoço, gastrointestinais, melanomas, sarcomas, tumores da mama, ginecológicos e urológicos. Este serviço dá resposta a pessoas em todas as fases de evolução da doença desde o diagnóstico inicial, os tratamentos médicos de quimioterapia e radioterapia e o fim de vida, disponibilizando um total de 38 camas, recebendo homens e mulheres. A admissão ao serviço verifica-se pela unidade de atendimento não programada ou pelo internamento eletivo de doentes para realização de tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

**ANEXO II**

Protocolo de Buckman – SPIKES

De acordo com o Baile Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, (2000) o Protocolo de Buckman – SPIKES apresenta quatro objetivos essenciais: recolher informação relativa à pessoa doente (permite determinar o conhecimento e as expectativas preparando para a má notícia); transmitir a informação de acordo com a agenda da pessoa, ou seja, necessidades e desejos; apoiar o doente no qual é importante desenvolver competências para minimizar o impacto emocional e isolamento da pessoa e por fim estruturar um plano de cuidados em parceria com a pessoa. Para cumprir estes objetivos devem ser seguidos os seis passos que constam no Protocolo de Buckman – SPIKES (Baile Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, 2000):

- **Preparação** – Esta preparação inclui não só o ambiente físico mas também a preparação do próprio profissional. Nesta etapa inicial é fundamental a existência de um local adequado que promova a privacidade, sem interrupções por terceiros; que se permita envolver outras pessoas significativas para a pessoa que vai receber a notícia e que o profissional disponha tempo para a comunicação da má notícia, sentando-se e mantendo o contacto visual.
- **Descobrir o que a pessoa sabe** – Esta etapa inicia-se com a expressão “antes de dizer, pergunte”, pois este é o momento em que o profissional tenta recolher dados sobre a perceção clínica da pessoa, por isso são implementadas questões abertas como são exemplos “quando sentiu dores de cabeça o que pensou que poderia ser?”, “o que já lhe foi dito sobre seu quadro clínico até agora?”.
- **Descobrir o que a pessoa quer saber** – Investigar até que ponto a pessoa doente quer ter conhecimento da sua situação clínica convidando-o a partilhar informação. Enquanto existem pessoas que expressam o desejo de ter plenas informações sobre seu diagnóstico, prognóstico e detalhes da doença, outras não e como tal pode ser importante questionar “é uma pessoa que prefere saber tudo o que está a acontecer?”.

- **Partilhar a informação** – Este é o momento de comunicar a má notícia e antes de iniciar a partilha da má notícia dar à pessoa “um tiro de aviso” como “infelizmente, não tenho as melhores notícias para lhe transmitir...”. Nesta transmissão deve evitar-se frases longas e a utilização de termos técnicos. É, pois, relevante usar linguagem clara e adaptada à pessoa e confirmar que as ideias foram compreendidas.
- **Responder às emoções** – Considerada a etapa mais difícil uma vez que é necessário gerir as reações decorrentes da comunicação de uma má notícia. A reação emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e dor e é pertinente que o profissional identifique e aceite a emoção associada. Escuta ativa, compreensão empática, validação, silêncios e questões abertas são estratégias que visam responder empaticamente às reações.
- **Sumariar ou Planear** – Para concluir é fundamental resumir a informação transmitida, apresentar um plano de ação e questionar a pessoa no sentido de verificar se compreendeu o plano proposto - “isto faz sentido para si?”, “está a compreender os passos que se seguem?”, “tem informação suficiente para tomar uma decisão?”. Manter disponibilidade futura, encorajar a pessoa a questionar e a escrever dúvidas para não esquecer num próximo encontro, que deverá ficar agendado.