

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Transmissão de Más Notícias em Contexto de Transplantação Medular

Rosália Palma Pires

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Transmissão de Más Notícias em Contexto de Transplantação Medular

Rosália Palma Pires

Mestre Antónia Maria Nicolau Espadinha

2013



“Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda, a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua própria linguagem, a tua mensagem entra-lhe diretamente no coração.”

(Nelson Mandela)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à querida professora Antónia Espadinha, pela inextinguível sabedoria, maturidade, compreensão, orientação, pela ajuda e por ter arregaçado as mangas assumindo este percurso como muito "nosso". Pelo que partilhámos, pelas gargalhadas, pelas lágrimas, pelas confidências que nos ajudaram a escutar com empatia as emoções *do/e* com o *outro*. Sem si, não teria seguramente trilhado este caminho.

À Elsa Oliveira, por continuarmos lado a lado, de cabeça erguida mesmo que por vezes não saibamos porquê e para quê. Obrigada por me organizares os papéis e me segurares quando estou pronta a desmoronar. Mas, *pela tua saúde* nunca mais me dês um *Xanax*. As *bolas* não merecem!

À Zélia, por teres entrado na minha vida, uma pessoa genuína e nobre que nem todos têm a bênção de conhecer. Sem ti, os momentos difíceis não teriam sido superados. Um monte de beijos e por ti, até digo "Viva o Sporting"!

À Elsa Wong pela sua amizade, incentivo e pelo exemplo que mostra ao ultrapassar cada adversidade da vida.

À Isabelinha, por ser verdadeiramente amiga, por saber compreender e por responder sempre com um sorriso lindo aos pedidos de ajuda. Obrigada pela disponibilidade em aprender com as dificuldades e pela capacidade em *se e me* fortalecer.

À Tómi, pela mulher de garra que é, sempre pronta a abraçar novos desafios, sem medos, pela alegria de viver e pela amizade que perdura há mais de 20 anos. Procuro uma palavra que não existe, para nessa palavra agradecer o *tudo* que me ajudou. Não via a hora de lhe *gritar* Tómi"!

À Lena, por estar *sempre lá* quando preciso e porque, em momentos de "aflição", peço sempre para a chamarem; fazes parte do meu coração!

À prima Van, digo que tenho a certeza que vais ter mais do que me pediste. Quanto àquele equívoco que ambas conhecemos, a vida encarregou-se de o desfazer de forma sábia e as duas fizemos o que estava suspenso e decretado não ser feito. Não posso deixar de lhe agradecer, pois tendo perdido a mãe no espaço de uma semana e tendo recebido o diagnóstico de um cancro um ano depois, ensinou-me, na primeira pessoa, a gerir os silêncios, a escutar o que

são más notícias e nem sempre a conter as lágrimas. Sem ti, minha querida (sabes bem) este percurso não teria sido possível.

Ao Gonçalo, o meu enorme obrigada pela bondade, pela partilha de experiência que nos levou a rir até às lágrimas e um pedido de desculpas por ter usurpado o seu espaço, durante serões sem fim.

Ao meu pai, que à medida que mostra a sua fragilidade a aumentar, insiste verdadeiramente em mostrar uma pessoa cuja essência teimava em esconder e que gosto tanto de conhecer.

Ao Hélder, pela sua sensibilidade e amor, por não desistir e por, a cada dia que passa, me mostrar o que é a verdadeira família.

À Laura e ao Lourenço que são os meus verdadeiros amores, os maiores, e que continuaram a caminhar exemplarmente, mesmo “sem” a mãe. A mãe promete que vai “ressuscitar”!

À *irmã-tia-mãe* que cumpriu a minha lacuna, como sempre, e às vezes indo buscar forças onde não há, conseguindo sempre “acompanhar as etapas agrestes da vida” que a mana teima em enfrentar.

Ao tio Paulo, pela sua bondade e discrição e pela ajuda (muitas vezes nos bastidores), mas sem a qual nem metade seria concretizado. Por favor, promete que vais emagrecer e deixar de fumar.

À Lela que, como outros fizeram e de tantas formas, ali esteve também para apoiar este percurso.

Sem *todos* este percurso seria diferente.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

WHO – Organização Mundial de saúde

UTPH – Unidade de Transplantação de progenitores Hematopoiéticos

UTM – Unidade de Transplantação Medular

OE – Ordem dos Enfermeiros

TMO – Transplante de medula óssea

UTMO – Unidade de transplante de medula óssea

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

BMA – British Medical Association

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO

O conceito de más notícias, aliado a uma filosofia do “cuidar em enfermagem”, integra a experiência profissional como alicerce sólido que pode contribuir para uma maior habilitação para a comunicação entre profissionais e doente/família.

Tive como objetivo desenvolver competências técnicas, científicas e comunicacionais na *transmissão de más notícias*, na área da prestação de cuidados especializados em enfermagem oncológica em contexto de transplantação medular.

Como metodologia, efetuei uma pesquisa de narrativa bibliográfica recorrendo a bases de dados como a EBSCO, SCIELO, MEDLINE E CINAHL e motores de busca.

Efetuei ensinamentos clínicos em serviços de referência que permitiram desenvolver as competências de enfermeiro especialista preconizadas pela Ordem de Enfermeiros e o grau de Mestre conferido pela ESEL.

Recorri a uma prática reflexiva efetuando o registo de reflexões de interações de cuidados e utilizando o Ciclo de Gibbs. Efetuei uma sondagem de opinião aos enfermeiros para conhecer a perceção sobre a temática. Dinamizei um grupo multidisciplinar para treino de competências e procedi à programação de sessões de treino nesta área.

Como resultados elaborou-se um dossier em suporte papel e eletrónico para atualização sistemática; iniciou-se um programa de treino de competências comunicacionais em sessões que dinamizei e foram orientadas por peritos utilizando a técnica de role playing com recurso ao “Protocolo de Buckman” e consegui a adesão equipa multiprofissional empenhada em desenvolver competências nesta área.

Palavras-chave: enfermagem oncológica, transmissão de más notícias, comunicação

ABSTRACT

The concept of bad news combined with a “nursing care” philosophy is integrated on a professional experience that is viewed as a solid foundation that may contribute to a greater performance in the communication between professionals and patient/family.

My purpose was to develop technical, scientific and communicative competences on the *bad news transmission*, in the area of specialized care on oncologic nursing, in the context of bone marrow transplantation.

As methodology, I’ve done a search of bibliographic narrative, using databases such as EBSCO, SCIELO, MEDLINE AND CINAHL and search engines.

I performed clinic essays of reference, which allowed to develop the skills of specialised nursing, as defended by the Ordem de Enfermeiros and the Master Degree provided by ESEL.

I’ve used a reflexive practice through recorded reflections of care interactions using Gibbs Cycle. I’ve carried an opinion poll to the nurses to know their perception on the subject. I’ve conducted a multidisciplinary group with the purpose of training skills and I’ve scheduled training sessions in this area.

As a result, I’ve made a paper and electronic dossier with systematic update, started a programme to train communication skills in sessions facilitated by me and supervised by experts using role playing techniques, supported by the “Buckman Protocol” and achieved the adherence of a multiprofessional team, dedicated to developing skills in this area.

Key words: oncologic nursing, bad news transmission, communication

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	0
LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	8
1. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	17
1.1. Os contributos de Collière e Benner enquanto âncora para a transmissão de más notícias.....	17
1.2. Cotributos de Buckman enquanto orientação para a transmissão de más notícias.....	21
1.3. A comunicação enquanto componente central na <i>transmissão de más notícias</i>	24
1.4. Pistas exploratórias para uma estratégia de comunicação/ informação na transmissão de más notícias	29
1.5. <i>A ética na transmissão de más notícias</i> , indefinição e disseminação de fronteiras na comunicação.....	32
2. METODOLOGIA	36
3. CAMINHO PERCORRIDO	37
3.1. O ensino clínico na UTM de um Hospital central de Oncologia	38
3.1.1. Objetivos específicos.....	39
3.1.2. Reflectindo sobre percurso até agora efectuado.....	44
3.2. Ensino Clínico numa Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) de num Centro Hospitalar de Lisboa	45
3.2.1. Objetivos específicos.....	45
3.2.2. Reflectindo sobre esta outra etapa do percurso	52
3.3. Implementação do projecto - ensino clinico na UTM.....	52
3.3.1. Objetivos específicos.....	52
3.3.2. Reflectindo sobre esta etapa do percurso	60
4. QUESTÕES ÉTICAS	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICE Nº2: Reflexão nº 1	78
APÊNDICE Nº3: Reflexão nº4.....	98
APÊNDICE Nº4: Plano de Sessão	116

APÊNDICE Nº5: Gráfico 1 – “Más notícias referidas pelos enfermeiros”	120
APÊNDICE Nº6: Gráfica 2 – “Dificuldades sentidas na transmissão de uma má notícia”	122
APÊNDICE Nº7: Avaliação de sessão de informação.....	124
APÊNDICE Nº8: Cartaz de divulgação da sessão de informação	126
APÊNDICE Nº9: Apresentação da sessão	128

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, o padrão de saúde das populações tem vindo a modificar-se. O progresso científico, tecnológico, social e humano que se verificou no último século torna-se determinante para o aumento da expectativa de vida dos indivíduos nas sociedades industrializadas. Paralelamente assiste-se a um outro fenómeno: o aumento significativo de doenças crónicas que se crê diretamente relacionado com alterações no estilo de vida das populações. Em coexistência com o aumento das doenças crónicas, existe ainda um crescente acesso à informação e um maior investimento em políticas de saúde com a finalidade de garantir maior equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde.

Na atualidade, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) confirma um aumento significativo das doenças crónicas e estima que culminem em trinta e cinco milhões de mortes por ano. Nos dias de hoje, a *doença oncológica* enquadra-se no âmbito destas *doenças*. Esta patologia, igualmente conhecida por *cancro*, não se trata de uma doença em particular, mas sim de um conjunto de doenças, caracterizadas por uma proliferação anárquica de células que se deslocam desde o local de origem, e podem afetar qualquer órgão ou tecido.

A conotação negativa relativamente ao *cancro* remonta à antiguidade. Escritos datados da época de Hipócrates revelam a presença de desespero e pânico que se estende à família e amigos, sendo considerado como mutilante e sem retorno, tendo em atenção Mourão (2007). O *cancro* representa uma ameaça crescente para a sociedade, o que corrobora com Mourão (2007), referenciando Sontag (2001) quando o define, como o inimigo invisível ao qual a sociedade declarou guerra.

O impacto do diagnóstico implica, sem exceção, sofrimento emocional e alterações multidimensionais com implicações ao nível da satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa, que se traduzem numa agressão.

A oferta terapêutica é múltipla e muitas vezes combinada, dependendo do diagnóstico, estadiamento e prognóstico. Mourão (2007) confirma que a abordagem pode ser cirúrgica, química, hormonal, por radiações e por infusão de células precursoras hematopoiéticas do próprio doente oncológico ou de um dador, denominando-se este tratamento por transplante de medula óssea.

O transplante de células precursoras hematopoiéticas acarreta um elevado custo financeiro. Trata-se de um tratamento agressivo para o doente tanto a nível físico, como a nível emocional e social. Requer internamento prolongado em unidades de saúde especializadas que garantam isolamento protetor para minimizar o risco de infeção, não só durante o período de aplasia medular profunda, como durante todo o internamento, que pode estender-se de semanas a longos meses. O período de *follow up* pode ser igualmente muito prolongado, por necessidade de monitorização constante da evolução do estado de saúde e por eventuais complicações de origem múltipla, o que se revela muito frequente. A necessidade de acompanhamento neste período é inevitavelmente muito longa, o que para o doente implica uma grande dependência do hospital, como refere Keller (2000).

Quando a proposta terapêutica culmina em transplante de medula óssea, o doente oncológico transporta consigo já uma longa trajetória de doença e paralelamente uma longa história de tratamentos muitas vezes debilitantes, quer a nível físico, quer a nível emocional. Este percurso revestido de insucessos faz com que o doente oncológico e família se apresentem face à proposta de transplante, com um sentimento de esperança, representando este, o final de uma luta repleta de progressos e retrocessos e por sua vez é encarado como a "salvação" única possível.

Após o acima descrito, compreende-se que o quotidiano profissional numa “Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos” (UTPH), mais comumente designada por “Unidade de Transplantação Medular” (UTM), ainda que possa ser revestido de importantes sucessos, abre caminho para um processo que pode ser pleno de intercorrências que chegarão aos *doentes* e *famíliares* sob a forma daquilo a que se chama de *más notícias*. É neste processo, a *transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular*, que se centra a problemática que estrutura este documento.

Na tentativa de justificar a problemática em estudo, torna-se inevitável a lembrança de alguns relatos que estimulam e impulsionam a necessidade de melhorar e adquirir competências na área da *transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular*.

“Não consigo, senhora enfermeira, ficar neste quarto exíguo, constantemente invadida e acompanhada pela degradação da minha pessoa, como se não fosse eu. Estou sozinha,

embora exaustivamente acompanhada pela minha doença que voltou a visitar-me sem avisar, tenho medo!”

Foram estas as palavras de uma doente, após ter sido informada de recaída de uma doença oncológica ainda durante o internamento numa unidade de transplantação medular, numa fase em que a doente esperava a recuperação.

Ainda que a introdução e apresentação deste relato possa ser questionada no contexto desta introdução, o mesmo surge enquanto exemplificativo deste e de outros momentos que nos acompanham ao longo de todo o percurso profissional, suscitando a reflexão e a necessidade de aprofundar a problemática da comunicação de *más notícias* em oncologia, especificamente em contexto de transplantação medular, com a preocupação de oferecer intervenções de enfermagem que permitam à pessoa desenvolver mecanismos de *coping* e adaptar-se da melhor forma possível a uma nova fase.

As intervenções de enfermagem em oncologia revestem-se de grande complexidade, superam o domínio técnico-científico, exigindo para além do rigor técnico, competências emocionais, afetivas, humanistas e éticas que no seu conjunto levam à necessidade de atualização constante baseada na evidência científica recente. Esta necessidade deve acompanhar a evolução e inovação ao nível da oferta terapêutica. No entanto, e cada vez mais, surge a preocupação com a qualidade de intervenções que respondam às necessidades sociais, emocionais e espirituais da pessoa com doença oncológica, apesar da subjetividade inerente a estas dimensões. Na esfera emocional as intervenções de enfermagem dependem de múltiplos fatores diretamente relacionados tanto com o doente como com o profissional de saúde. Este não pode excluir a unicidade da pessoa, o conhecimento de si e do outro num determinado contexto, o que não deve impedir de se objetivar e uniformizar tanto quanto possível as intervenções de enfermagem a este nível. Estas intervenções requerem habilidades criativas, minuciosas e sensíveis, de carácter emocional e relacional.

Com efeito e como já mencionado a complexidade inerente ao transplante de medula óssea exige internamento em isolamento protetor que pode estender-se a longos meses de internamento, dependendo das complicações que possam ou não surgir ao longo de todo este percurso. Quando surgem complicações, a expectativa futura do doente é inequivocamente interrompida de forma nefasta.

Pela longa experiência em enfermagem hemato-oncológica durante cerca de vinte anos, e mais concretamente na área da transplantação medular, surge a inquietação que se situa especificamente na qualidade de intervenções de enfermagem que respondam de forma eficaz às necessidades do doente/família quando face à expectativa existente, a mesma é abalada perante o aparecimento de complicações, ou seja quando existem *más notícias*.

Benner (2001) sublinha que a experiência não se refere apenas ao passar do tempo, mas trata-se sim de melhorar o saber teórico e alterar ideias pré-concebidas que se manifestam através do encontro de diferentes e numerosas situações que vão alterando e modificando a performance do enfermeiro. A experiência promove a construção de bases sólidas, que favorecem a interpretação de situações futuras e aumentam a qualidade da intervenção do enfermeiro. Qualquer experiência necessita de aprendizagem. Toda a experiência conduz a uma aprendizagem.

Neste sentido, pela experiência da prática de enfermagem numa unidade de transplantação de progenitores hematopoiéticos, o enfermeiro vê-se confrontado com a necessidade de transmitir informação e/ou gerir as suas emoções e as respostas emocionais do *doente* face à informação comunicada por si ou pelo médico.

A informação ao *doente/família* sujeito a transplante de medula é complexa, podendo estar relacionada com inúmeros aspetos, como: impossibilidade de alta; permanência em aplasia medular para além do limite esperado; transferência para unidade de cuidados intensivos; hemodiálise; terapia hiperbárica; progressão de doença; doença de enxerto contra hospedeiro; recaída; morte; entre tantas outras notícias que em contexto de transplantação medular, pela observação das reações do *doente/família*, pela equipa de saúde podem ser consideradas *más notícias*. *Más notícias*, no sentido descrito por Buckman (1992) que define *má notícia* como “toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro”.

Jacobsen e Jackson (2009), citados por Ignacio e Favarin (2010) enfatizam, que a comunicação de *más notícias* envolve não só a revelação do diagnóstico bem como a progressão da doença, estando também associada a uma conotação negativa, quer para o *doente/família*, quer para quem a vai transmitir. Assim sendo, exigem do profissional preparação e competência, para que seja estabelecida a comunicação de forma a minimizar o

impacto negativo que causa ao ser transmitida. Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale, Kudelka (2000), referem que uma *má notícia* é toda a informação que comprometa verdadeiramente ou que altere de forma radical o projeto de vida da pessoa, alertando contudo, que esta é sempre interpretada na perspectiva de quem “olha”. Desta forma não se pode estimar o seu impacto sem que previamente, se identifique a expectativa e compreensão de quem a recebe, o que reforça a necessidade do desenvolvimento de competências do enfermeiro nesta área.

A realidade atual nas instituições de saúde, através dos avanços tecnológicos e do ênfase dado aos aspetos biomédicos, considerados vitais para a saúde do indivíduo, tem privilegiado os cuidados centrados nos aspetos técnicos do *cuidar*, em detrimento da relação/comunicação. Os cuidados que se enquadram na esfera das necessidades psicossociais, de conforto e de estabilidade emocional do doente e família exigem do enfermeiro maior envolvimento, experiência, maturidade, auto conhecimento e tal como anteriormente mencionado, formação teórica baseada na evidência científica recente e formação prática através de treino de competências.

A este respeito, Barreira (2009) refere que as intervenções de enfermagem despoem-se de sentido se única e exclusivamente focadas no automatismo de execução de procedimentos cientificamente corretos, indiscutivelmente necessários. Consciente deste facto, o enfermeiro deve aliar às competências técnicas a qualidade da relação com o *doente*. Encontrará assim o verdadeiro sentido dos cuidados de enfermagem.

Do cuidado em oncologia emanam profundas vulnerabilidades: a do *doente*, pela natureza da sua condição de saúde e a do profissional que nem sempre está munido de ferramentas que permitam um processo linear e inequívoco de tratamento das ocorrências. Na unidade de transplante onde exerço funções de colaboração com a gestão, para além de participar ativamente nos cuidados ao *doente/família* sujeito a transplante de medula óssea, verifico que os enfermeiros, especialmente os menos experientes, se sentem pouco habilitados para transmitir informações que causem sofrimento ao doente/família, apresentando comportamentos de fuga e evitamento. Estes procuram nos elementos mais experientes suporte para ultrapassar esta dificuldade. Este comportamento não se restringe a enfermeiros menos experientes, sendo que também os médicos por vezes procuram auxílio na *transmissão de más notícias*. Contudo e ainda que esta seja uma situação a que não raramente se assiste, a

probabilidade elevada do *doente/família* com doença oncológica em contexto de transplantação medular receber informação que cause repercussões negativas, reafirma a necessidade do enfermeiro desenvolver perícias de atuação nesta área. No entanto, a *comunicação/gestão das más notícias* não se apresenta como tarefa fácil.

Tendo como ponto de partida esta inquietação, baseada na minha experiência, reflexões e análise críticas de interações vivenciadas, emerge a necessidade de aprofundar a problemática da *comunicação de más notícias* em contexto de transplantação medular, revestindo-se esta de grande sentido para a minha praxis.

Estas reflexões impõem a constante colocação de questões pessoais:

“Possuo as competências necessárias e adequadas à transmissão/gestão de más notícias de forma eficaz? As dificuldades que sinto nesta área permitem-me prestar cuidados de qualidade e lidar com as implicações psicológicas, físicas e conflitos que a transmissão de más notícias provoca no doente/família? Qual o meu papel enquanto enfermeira no processo de transmissão de más notícias?”

Para poder responder de forma eficaz a estas questões propus-me adquirir competências especializadas nesta área que permitam otimizar a atuação enquanto enfermeira especialista na área da *comunicação de más notícias* em contexto de transplantação medular.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009) descreve o conceito de enfermeiro especialista como o profissional de enfermagem com um conhecimento aprofundado numa determinada área profissional específica, que congregue a vertente clínica especializada e as respostas humanistas inerentes ao processo de vida e aos problemas de saúde. O enfermeiro especialista deve apresentar um alto nível de julgamento clínico e de capacidade de decisão.

O enfermeiro especialista assume assim um papel preponderante no seio da equipa de enfermagem, uma vez que deverá contribuir significativamente para a melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados ao *doente e família*, sobretudo em situações de maior exigência e complexidade. Tendo em conta as competências comuns definidas pela OE (2011), o enfermeiro especialista deve promover o respeito pelos direitos humanos e a

responsabilidade profissional na sua prática de cuidados. Neste sentido revela-se fundamental o respeito pelo direito à informação, às escolhas e autodeterminação, à confidencialidade e cultura do *doente* e família.

Para além do perfil do enfermeiro especialista definido pela OE, também

“os enfermeiros prestadores de cuidados na vertente oncológica são capazes de reconhecer os limites dos seus conhecimentos (...) e conscientes do seu papel no seio da equipa multidisciplinar sentem-se seguros e competentes para exercer atividades em colaboração com todos os membros dessa equipa, valorizando assim o valor terapêutico da intervenção da Enfermagem”. (Core Curriculum da European Oncology Nursing Society, 2005, p.9)

A interiorização das competências preconizadas pela OE serviram de base para iniciar o percurso formativo, uma vez que para esta, o enfermeiro especialista é aquele “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”. (OE, 2011, p.10)

A OE defende que o *enfermeiro especialista* deve desenvolver competências no domínio da gestão, investigação e formação, prestação de cuidados e no domínio da aprendizagem profissional. Neste sentido, surge a necessidade prática de realização de ensinamentos clínicos que se iniciaram na UTM onde exerce funções, seguindo-se a passagem por uma outra unidade com as mesmas características, também no nosso país. Retornando finalmente ao serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional, para implementar as mudanças pretendidas.

A aplicação do saber teórico, estudado, adquirido e aprofundado na área da transmissão de *más notícias* em contexto de transplantação medular ganha validação quer com a experiência prática em ensino clínico, quer com a experiência profissional quotidiana que passa também pela observação, garante e supervisão dos cuidados de enfermagem na unidade. Esta combinação de experiências consolida e promove a aquisição de competências especializadas e a capacitação do futuro *enfermeiro especialista*.

Para Benner (2001) a aquisição e desenvolvimento de qualquer competência profissional, envolve um percurso de cinco níveis consecutivos de perícia: *principiante*; *avançado*; *competente*; *proficiente* e *perito*. A transposição de cada nível ocorre quando o enfermeiro apresenta reflexo de mudança. A mudança surge quando se instala a competência

modificando o desempenho. O profissional demonstra confiança, transformando-se progressivamente, superando de forma qualitativa cada nível até atingir o *perito*. A experiência promove a construção de bases sólidas, que favorecem a interpretação de situações futuras e aumentam a qualidade da intervenção do enfermeiro.

Com base na experiência profissional até à altura adquirida e fazendo o confronto da mesma com a filosofia apresentada por Benner (2001), considere-se que também ao nível da *transmissão de más notícias* podem ser detetados diferentes níveis de competência entre os enfermeiros.

Neste sentido, emergiu a necessidade de melhorar e adquirir competências que no final do percurso formativo, transforme o modo de agir do enfermeiro naquele que:

- presta cuidados de qualidade baseados na mais recente evidência científica na área da *transmissão/gestão de más notícias em contexto de transplantação medular*;
- aplica conhecimentos especializados adquiridos junto do doente/família na área da *transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular*;
- desempenha um papel dinamizador na equipa de enfermagem, sensibilizando-a para a problemática da *transmissão/gestão de más notícias em contexto de transplantação medular*;
- comunica eficazmente *más notícias* ao doente oncológico e família ao longo do percurso de Transplante de Medula Óssea;
- age como perita na transmissão de *más notícias* perante a equipa da UTM.

Para desenvolver as competências supra mencionadas tracei como **objetivo geral**: *desenvolver competências técnicas, científicas e comunicacionais de transmissão/gestão de más notícias na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados na opção em enfermagem oncológica em contexto de transplantação medular*.

A importância da comunicação como a pedra angular dos cuidados de enfermagem surgiu indissociável da problemática em estudo, bem como uma breve passagem pela importância dos aspetos éticos do cuidar que nunca poderão ser esquecidos, a dificuldade em *comunicar*

más notícias como uma realidade que carece de estudo e de estratégias para melhorar as intervenções de enfermagem a este nível.

Hoje, alguns sistemas contabilizam o número de horas de cuidados de enfermagem necessárias, desenvolvem mecanismos para evitar o erro de procedimentos e/ou tratamentos, no entanto surge ainda ténue a existência e pouca utilização de instrumentos de medida das intervenções relacionadas com aspetos da comunicação/relação, bem como a contabilidade do erro face às intervenções de enfermagem de apoio emocional. A implementação de protocolos que sirvam de guia para o enfermeiro conduzir da melhor forma possível as suas intervenções, com o objetivo de aumentar a qualidade da resposta e assim minimizar o erro a este nível que quando ocorre pode ser irremediável para o indivíduo.

Este documento tem como objetivos:

Descrever de forma reflexiva e fundamentada as aprendizagens adquiridas ao longo do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, Área de Opção em Enfermagem Oncológica.

Para sustentar este percurso relativamente às competências a atingir baseei-me no Perfil de Competências da OE (2009, p.10) no Perfil de Competências do Enfermeiro do 2º Ciclo da ESEL e nas competências do *Core Curriculum da European Oncology Nursing Society*, (2005).

Quanto à estrutura deste documento, após a identificação da questão de partida e da justificação da problemática selecionada, elaborei um quadro teórico conceptual de uma forma sintética, seguindo-se a descrição da reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos. Nas considerações finais e implicações para a prática apresento uma reflexão final sobre todo o percurso efetuado e as competências desenvolvidas, concluindo com as implicações que esta experiência trouxe para o meu contexto de trabalho.

1. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. Contributos de Collière e Benner para a transmissão de más notícias

Collière questiona-se/questiona-nos acerca da *criatividade* na profissão de enfermagem: “- Os prestadores de cuidados acham que pertencem a uma profissão que requer criatividade? – Os prestadores de cuidados acham que têm criatividade? Qual o campo da sua criatividade? Em que se exerce? Como se exprime? Sob que forma?” (Collière, 2001, p.23). Dissertando sobre a temática, a autora acaba por referir que não encontra outra forma de investigar a *criatividade* a não ser investigando se “(...) faz obra criadora no domínio que lhe é próprio: os cuidados, os cuidados de enfermagem, indissociáveis da evolução das práticas de cuidar”. (Collière, 2001, p.26)

A mesma autora (Collière, 2001), na sua obra fala de uma evolução ao longo da história das práticas de cuidar, em que deteta uma evolução que vai sendo pouco favorável. No âmbito deste trabalho, interessou refletir sobre aquilo a que chama “a criatividade negada, contida, abafada” (Collière, 2001, p.27) e que acontece quando “(...) a medicalização dos cuidados aos doentes e a divisão do trabalho em tarefas focalizam os cuidados – tornados de facto tratamentos – na doença e colocam as práticas de cuidados de enfermagem na total dependência dos médicos” (Collière, 2001, p.27). Esta fase é a anterior à fase da “(...) criatividade desejosa de eclodir, à procura de expressão e de formas de realização” (Collière, 2001, p.27).

Não podemos, de facto, escapar à reflexão sobre a criatividade no contexto desta pesquisa, pois como diz Phaneuf (2005) a *comunicação* ou o ato de comunicar implica um processo criativo, recreativo, de partilha, permuta e ainda de apropriação em conjunto com o outro, de emoções e sentimentos entre pessoas. Este processo pode ocorrer de forma mais ou menos consciente, o que está intimamente relacionado com o comportamento e com os sinais verbais e não-verbais, ou seja pelo modo de ação de todos os intervenientes. Este sistema permite assim, abranger e levar a efeito as emoções, sentimentos, intenções e ideias do outro. Desta forma surgem conexões afetivas entre as pessoas.

A experiência em enfermagem leva à crença de que essas conexões afetivas surgem naturalmente no decorrer da prática profissional; são elas, próprias, o que está na base e suporte dos *cuidados em enfermagem*. É importante que, no âmbito deste trabalho, nos centremos então na *natureza dos cuidados de enfermagem*. Interrogações sobre a *natureza dos cuidados* serão impossíveis se, como refere Collière (2001) a aprendizagem do que é ser enfermeiro se liga ao estatuto de auxiliar do médico e se sujeita unicamente decisão e prescrição médicas. Para Collière (2001) o mal-estar da enfermagem relaciona-se com a confusão permanente entre o *tratar* e o *cuidar*. Fica claro na explicação que esta mesma autora (2001) faz que o *cuidar* que cabe à enfermeira irá além do tratamento médico da doença.

Para Hesbeen (2010) existe um encontro entre a pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam e esse encontro, e o resultado desse encontro beneficiará de uma relação rica, do acompanhamento por parte de alguém em quem se deposite esperança. Trata-se de um encontro em que existe a necessidade de um “processo de cuidados”, um “processo de cuidar”, processo que para o autor não deve ser confundido com documentos e grelhas a ser preenchidos. Deve tentar-se *tecer laços de confiança* que, no dizer do autor, devem ser fundados no respeito pela pessoa havendo a conjugação de, pelo menos oito elementos que refere na sua obra: o *calor*, a *escuta*, a *disponibilidade*, a *simplicidade*, a *humildade*, a *autenticidade*, o *humor*, a *compaixão*.

Portanto, e seguindo o que acaba de escrever-se com base em Hesbeen (2010) percebemos que os *cuidados e laços de confiança* se ancorarão numa visão muito mais global do ser humano do que aquela que, por vezes, emana do modelo biomédico do qual retiramos o seu de carácter mais tecnicista. Diz Collière (2001) que aquilo que nos ensinam não pode ser considerado como verdades “objetivas, racionais e absolutas” mas sim como “aproximações, possibilidades, probabilidades” (Collière, 2001, p.112), e isto, em certas circunstâncias. Defende a autora, que são as ciências exatas, aquelas que nos levam a questionar a visão mecanicista que modela os nossos esquemas mentais. Perante uma maioria de estudos científicos ainda baseados em esquemas rígidos, as ciências físicas acabam por revelar, segundo a autora, que tudo o que nos rodeia assenta em inter-relações de sistemas. Por isso constata Collière que “As situações de cuidados são efetivamente paradoxais onde o que é

fonte de vitalização, de vivificação, se choca com o que cria obstáculo à vida”. (Collière, 2001, p.112)

Por comparação ao tecnicismo centrado na doença que era visível no início do século XX, assiste-se atualmente a uma postura muito mais centrada no doente, enquanto pessoa humana. Tal como diz Pereira (2009), assim, não surpreende que o objeto do seu *cuidar* passe a ser o ser humano em todas as suas dimensões. E é assim que “A essência da Enfermagem passou a ser o Cuidar. Este é o princípio universal a aplicar a cada utente” (Pereira, 2009, p.191).

A certo momento da sua obra “Cuidar... A primeira arte da vida”, Collière (2001) ainda que se socorra de reticências, como que deixando o conceito em aberto, aponta para o “*cuidar*” enquanto “acompanhar os momentos difíceis da vida” e “permitir transpor um limite, ultrapassar uma etapa”. Já tínhamos essa convicção, mas assim se reforça a nossa certeza de que a *transmissão de más notícias* deve ser enquadrada no âmbito de uma intervenção de cuidados que as veja como parte integrante e indissociável da mesma. Não só “competência” do enfermeiro, não só do médico, não só do auxiliar de ação médica, do psicólogo ou de outro profissional, as *más notícias* acabam por ser transversais a todas estas profissões. Como tantos outros aspetos do quotidiano profissional dos enfermeiros, a *transmissão de más notícias* acaba por provar que não há uma separação rígida de “funções” entre médicos e enfermeiros que contatam mais diretamente com o doente.

A definição do que é uma *má notícia*, no sentido em que Buckman (1992) a define deixa espaço para que os vários profissionais envolvidos no *cuidar* do doente possam, de facto, ser veículos de *transmissão* da mesma. Entendendo-se a *má notícia*, como se faz neste trabalho, como algo que altera as expectativas atuais e futuras do *doente* ou da *família*, percebemos que uma *má notícia* pode ser de carácter muito diversificado e que assim sendo, pode acabar por ser veiculada por qualquer um dos técnicos de saúde envolvidos. No entanto, é indiscutível que dado o carácter das suas funções, os enfermeiros são, de entre os profissionais que contatam com os doentes, daqueles cuja presença é mais assídua junto dos mesmos, verificando-se isso mesmo no contexto da UTM. É assim que no contexto desta área de especialização em enfermagem, se optou por aplicar um questionário ao universo dos enfermeiros envolvidos na unidade, cujos resultados serão referidos adiante.

A bibliografia que suporta este trabalho, e posteriormente a análise efetuada aos dados recolhidos por meio de inquérito por questionário, levaram a uma reflexão que desembocou em constatações relevantes: a vasta abrangência de tudo o que pode ser considerado como uma *má notícia*; a complexidade inerente à *transmissão* da mesma (diversidade de *emissores*, diversidade de *recetores*, diversidade de *conteúdos*, diversidade de *reações* e *impactos*); a percepção de que a *transmissão* destas notícias é uma componente indissociável da prática de enfermagem; a ausência de formação e ferramentas que, não dando receitas inquestionáveis, sirvam de guia para o veicular da mensagem. A complexidade e interligação de todas estas componentes pode ancorar-se de imediato no “*cuidar*” de Collière (2001) referido, na medida em que este também se constitui enquanto um “acompanhar os momentos difíceis da vida”. Ao mesmo tempo, a necessidade premente de “permitir transpor um limite, ultrapassar uma etapa” que pode ser reforçada por momentos formativos diretamente dirigidos a esta temática, conduzidos por quem, pela sua experiência, pode significar uma ajuda válida na *transmissão de más notícias*.

A questão da *experiência* remete-nos então para Benner (2001), refletindo sobre se a *transmissão de más notícias* também pode ser ou constituir um dos saberes adquiridos através da *experiência*. Corroborando uma ideia já acima discutida por nós, num tempo que designa como “reinado da tecnologia”, em que impera uma separação entre espírito e corpo, Benner (2001) aponta a dificuldade da abordagem total ao doente; abordagem global, considera a autora, que existirá no contexto prático de uma relação onde doente e enfermeira estão implicados. Benner (2001) apresenta também uma conceção ampla daquilo que será o papel do enfermeiro perante o doente, na medida em que considera que a relação de ajuda que se estabelece vai para além das definições estritas na esfera técnica.

Benner, que identifica cinco níveis de competência ou proficiência na prática clínica de enfermagem (*iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito*), refere que

a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001, p.33).

Segundo Benner (2001), o campo de ação das enfermeiras nos cuidados em hospitais e outros locais alargou-se de forma considerável através de práticas não planeadas ou intervenções

delegadas. Através da experiência em enfermagem até agora adquirida é possível afirmar que relativamente ao que refere Benner (2001), é possível incluir as *más notícias*, sendo que muitas delas, mesmo que não sejam competência imediata ou direta do enfermeiro, acabam por ser dadas por eles.

E no caso da *transmissão de más notícias*, existe ou poderá existir diferença na atuação de uma enfermeira *perita* por comparação com enfermeiras que se situem noutra patamar? Diz Benner (2001) que as enfermeiras *peritas* são facilmente reconhecíveis, com base em opiniões clínicas que dão ou com base no modo como gerem situações consideradas complexas. No entanto, embora possam ser reconhecidas pelos colegas e pelos doentes devido às suas competências, a *perícia* não é reconhecida em métodos de avaliação habituais. Logicamente, a *perícia* na *transmissão de más notícias* também não será mensurável. Ainda assim, na medida em que, como diz Benner (2001) as enfermeiras especialistas não tomam a sua decisão baseando-se em procedimentos elementares, mas sim tendo em conta o conjunto e o todo da situação, acredita-se que poderão ser elementos-chave na partilha de ensinamentos, discussões e formações relativos a temáticas relacionadas com *transmissão de más notícias*.

1.2. Contributos de Buckman para a transmissão de más notícias

Ao longo do seu artigo, Fallowfield and Jenkins (2004) apontam para vários estudos e exemplos que demonstram que o ato de transmitir a *má notícia* é, ele próprio, pleno de variáveis que o complexificam, o que deixa simultaneamente certezas e dúvidas sobre a eficácia do recurso a um Protocolo de Buckman (Buckman, 1992). Embora existam outros protocolos direcionados para o treino de competências na *transmissão de más notícias*, o Protocolo de Buckman é dos mais estudados, debatidos e por isso optámos por recorrer a ele no decurso da nossa investigação. Assim, independentemente da discussão sobre a eficácia do recurso a um protocolo desta natureza crê-se que o mesmo pode servir de base sólida ao início de um percurso formativo na área da *transmissão de más notícias* se não oprimir a *criatividade* e as múltiplas dimensões inerentes aos cuidados de enfermagem. Como referem Malloy, Verani, Kelly, e Munévar (2010) são vários os autores que têm vindo a propor que ferramentas ao nível da comunicação devem ser aprendidas e incluídas nos currículos formais.

Não existe uma fórmula única de transmitir uma má notícia, pelo que Buckman (1992) refere o momento da sua transmissão como uma das interações mais difíceis e penosas para os

profissionais de saúde. Aparentemente estaria bem definida a fronteira sobre quem compete transmitir a informação, sendo que numa primeira abordagem é inquestionável que compete ao médico. No entanto, mesmo que na prática este território esteja “bem definido”, é por vezes “esquecido” ou “evitado” por ser doloroso para o profissional de saúde que escorrega entre o escudo da falta de tempo e/ou ativando outros mecanismos de fuga e apela à parceria com o enfermeiro, delegando nele essa função. O enfermeiro, em alguns contextos profissionais, é confrontado com o facto de ter que *transmitir uma má notícia* que de alguma forma provoca no doente e/ou na família modificações negativas face ao seu projeto futuro. Muito importante referir que numa UTM, a frequência com que o enfermeiro se confronta com a necessidade de informar e ou gerir os efeitos desta informação fazem parte integrante do dia-a-dia do enfermeiro também pela sua autonomia, cultura do serviço e pela especificidade de uma unidade de transplantação medular.

Para o enfermeiro atingir a competência de *transmissão de uma má notícia* deve munir-se de instrumentos que o auxiliem a responder de forma integral a esta necessidade de intervenção. Buckman (1992) elaborou um protocolo de seis etapas para preencher uma lacuna de formação em medicina. O enfermeiro pode utilizar esta ferramenta adaptando-a à sua realidade, servindo-lhe de guia orientador para transmissão de más notícias se incluído nos cuidados de enfermagem. Vários são os autores que se têm referido ao protocolo elaborado por Buckman, Leal (2003), Magalhães (2005), Kaplan (2010), como ferramenta de grande utilidade na *transmissão de más notícias*. Deste protocolo fazem parte seis etapas, sendo que só a partir da quarta etapa se avança para partilhar informação, caso o doente assim o deseje (não se trata pois de informar a todo o custo).

O protocolo de Buckman para *transmissão de más notícias*, também denominado protocolo **SPIKES**, inclui:

1 - Setting- “Preparação do cenário”

Deve fazer precocemente a escolha do local adequado, evitando interrupções, ruído, entradas inesperadas de pessoal, situações a que os profissionais de saúde assistem com maior frequência do que seria desejado. Deve ser dada oportunidade ao doente de estar acompanhado se o desejar por alguém que lhe seja significativo.

2 - Perception – “Perceção sobre o conhecimento do doente”

Perceber o que é que o *doente* já sabe sobre a sua situação clínica; pedir ao doente que forneça uma explicação sobre o que lhe está a suceder com recurso a perguntas abertas; saber se já alguma informação lhe foi dada no contacto com outros profissionais;

3 - Invitation – “Saber o que é que o doente quer saber”

Bukman (1991), Leal (2003), Querido, Salazar & Neto (2006), Sancho (1998), apontam que se deve questionar o doente sobre qual a informação que o doente quer ter sobre a sua situação clínica, saber se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde e perceber através de questões simples de que forma gostaria que o informassem sobre resultado de exames auxiliares de diagnóstico caso os resultados sejam menos positivos.

4 – Knowledge – “Transmitir a má notícia”

Bukman (1991), Leal (2003), Querido, Salazar & Neto (2006), Sancho (1998) referem que se pode iniciar esta etapa com um “ tiro de aviso ” como, por exemplo: “ Os resultados não estão como gostaríamos ” ou “ Há resultados menos bons no que aqui estou a ver ”. Perante esta informação o profissional de saúde deve observar de imediato a reação do doente para perceber se este nos dá algum tipo de pistas que nos permita claramente identificar se é prudente avançar com informação mais detalhada. Os mesmos autores afirmam que não há uma forma exata de transmitir informação, no entanto, os eufemismos, os exageros de termos técnicos, frases longas e de difícil interpretação devem ser evitados. Se no final desta etapa o profissional de saúde deteta que o doente não tem a noção real da gravidade da situação, deve preparar-se ainda para enfrentar uma tarefa mais difícil.

A transição do “ registo ” por parte do doente da passagem da condição de pessoa saudável para pessoa gravemente doente pode demorar horas, dias ou semanas e depende de doente para doente. O que é essencial é que o doente perceba que não está isolado e que os profissionais de saúde nunca o abandonarão.

5 - Empathy – “Responder às emoções e às perguntas do doente”

Bukman (1991), Leal (2003), Querido, Salazar & Neto (2006), Sancho (1998) dizem que após a comunicação da *má notícia*, as reações emocionais mais comuns são o medo e o desgosto que muitas vezes são traduzidas por raiva também ela dirigida com alguma frequência aos profissionais de saúde. Neste caso o profissional de saúde deve decodificar a mensagem de

forma a não reagir com agressividade mas sim validando sem demonstrar sentimentos de pena com uma atitude de apoio e compreensão empática. Deve igualmente distanciar a *má notícia* propriamente dita do portador da mensagem (ele próprio). A validação da resposta emocional como natural naquelas circunstâncias também neutraliza a raiva e demonstra compreensão. O choro e o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão ou no ombro se o doente o permitir demonstra apoio e pode tranquilizar o doente.

Após um choque inicial, o doente precisa de clarificar a informação que lhe foi transmitida e de expor os seus receios, nomeadamente face a experiências passadas de neoplasias ou perdas por doença de entes queridos. O profissional de saúde deve ter sempre presente que nesta fase, pelo stress inerente o doente fica incapacitado de reter toda a informação transmitida. As respostas devem ser dadas de forma honesta respeitando os princípios ético do respeito, veracidade e autenticidade. Para que o doente seja capaz de reter a informação comunicada, o discurso do profissional de saúde deve ser claro e simples excluindo o máximo de termos técnicos. (Bukman (1991), Leal (2003), Querido, Salazar & Neto (2006), Sancho (1998)

6.- Summary – “Resumo”

Bukman (1991), Leal (2003), Querido, Salazar & Neto (2006), Sancho (1998) defendem ainda que se deve fazer uma síntese da informação transmitida à semelhança de um resumo ou revisão estratégica da informação transmitida, dando ênfase no início ou no fim do discurso aos aspetos mais importantes a reter pelo doente. Por fim deve-se oferecer uma proposta terapêutica de forma realista mantendo a esperança e encerrar a entrevista. Deve ser perguntado ao paciente quem mais precisa de saber da sua doença e se vai precisar de ajuda para o fazer.

1.3. A comunicação enquanto componente central na transmissão de más notícias

A comunicação em enfermagem, mais do que algo que ocorre naturalmente é, como dizem Malloy, Verani, Kelly e Munévar (2010), um complexo empreendimento que, como outros procedimentos da profissão, requer educação e prática intensas. Como referem os mesmos autores, a necessidade de comunicação especializada é universal nos cuidados de enfermagem, mas adquire especial importância em momentos difíceis tais como os de doença grave e cuidados terminais. Como na maioria dos casos clínicos relacionados com doenças do

foro oncológico, todas as patologias tratadas no seio da UTM se revestem da seriedade expressa pelos autores na anterior citação.

Malloy, Verani, Kelly e Munévar (2010) ilustram o seu texto com alguns relatos que são demonstrativos dos desafios comunicacionais que as enfermeiras enfrentam em contexto de cuidados paliativos. Os mesmos autores referem que uma efetiva e compassiva comunicação como sendo os alicerces dos cuidados de enfermagem.

Concorda-se com Parker, Aaron e Baile (2008) quando definem comunicação como sendo um conceito multidimensional que abarca o conteúdo da discussão e os aspetos relacionais da interação, abrangendo comportamentos verbais e não verbais. Como referem os mesmos autores (2008), numa carreira que dure cerca de quarenta anos, um oncologista terá entre 150000 a 200000 consultas a doentes/famílias. É então, neste sentido, que segundo os autores, a *comunicação* deve ser vista como uma ferramenta clínica fundamental que, por isso, deve ter treino e investimento adequados.

Numa revisão que fazem a vinte e quatro estudos relacionados com *transmissão de más notícias*, Fujimori e Uchitomi (2009), chegam à conclusão de que as preferências dos doentes, no que respeita à informação dada, assentam em quatro componentes. Essas componentes, realçadas pelos autores, estão descritas como sendo: o cenário (*setting*), a forma de comunicar as *más notícias*, como e que quantidade de informação é fornecida e ainda o suporte emocional.

Fallowfield and Jekins (2004), para além do conteúdo da própria notícia que, tendo em conta determinados contextos, será *indubitavelmente má* (exs.: doenças fatais ao nível da pediatria, morte cerebral, doença oncológica), existem ainda as variáveis relacionadas com o recetor (o próprio doente e os seus familiares). Como referem estes autores (2004) não existirão dois pacientes ou dois familiares que respondam à mesma notícia, da mesma forma. No entanto, o modo como a mesma é transmitida pode influenciar de forma determinante a sua atitude perante o futuro e perante os próprios *profissionais de saúde*. Assim, compreender o que se torna relevante e importante para os *doentes e familiares* num contexto semelhante será um auxílio para definir a melhor forma de passar a mensagem. Malloy, Verani, Kelly e Munévar (2010) discutem a importante questão, que sentimos no nosso quotidiano, relativa ao facto de as necessidades de comunicação por parte de *doentes e familiares* ser distinta. Se as

necessidades de comunicação com os *doentes* incluem a necessidade de informação, o alívio de dor e sintomas ou a necessidade de perceber o sentido das suas vidas, a *família* necessita por exemplo, de espaço e permissão para falar ou de ser ouvida em momentos de maior dor.

Interessante a conclusão a que Fujimori e Uchitomi (2009) chegam após a análise que fazem, na medida em que constataam que as preferências dos doentes, no que respeita à *transmissão de más notícias*, parecem estar ligadas a fatores demográficos: são as mulheres, os mais jovens e os com mais alto nível educacional quem prefere a informação mais detalhada, bem como suporte emocional. Referem ainda os autores que são os asiáticos quem demonstra preferência pela presença de familiares aquando da *transmissão de más notícias*. Já os ocidentais terão mais tendência a discutir a esperança de vida.

Se mal “geridas”, as respostas a questões de prognóstico podem causar danos, tanto na esperança como na relação com médico. A discussão de um prognóstico de forma realista, ao mesmo tempo que se preserva a esperança requer, por parte do médico, a compreensão acerca da perceção que o doente tem da sua doença. Numa sintonia entre o médico e o paciente, a relação pode ser melhorada apesar das *más notícias*, como referem Campbell, Carey, Jackson, Saraiya, Back e Arnold (2010), o oncologista pode, ao mesmo tempo que dá as más notícias de forma honesta e com compaixão, amparar o doente quando ele ou ela “caem”, afirmando e construindo a sua relação enquanto equipa e “levantando os braços contra um mar de problemas”.

Segundo Fallowfield and Jekins (2004) para a maioria dos médicos a dificuldade está em encontrar o perfeito equilíbrio entre *honestidade, encorajamento, esperança e apoio*.

Parecem existir evidências de que, no geral, os doentes desejam a maior abertura possível relativamente ao seu estado de saúde. Nos anos 60, a desmotivação relativamente a falar do diagnóstico de cancro prendia-se com o facto de estar relacionado com o prognóstico de carácter terminal. Hoje, mesmo havendo uma alteração de panorama, a verdade é que a maioria dos profissionais continua a fazer uma avaliação tendencialmente mais positiva do que é na realidade. Há, assim, confusões ou mal-entendidos que podem mesmo levar o doente a pensar que está a ser tratado com fins curativos ainda que possa ter um cancro de carácter incurável e metastizado (Campbell et al., 2010).

Marck, Wolf, Grier, Cleary e Weeks (2006) referem que para muitos médicos, discutir o prognóstico com os pacientes é mais do que um empreendimento difícil, sendo mesmo visto como algo de errado. O facto de o verem como algo que causa agonia e perda de esperança leva alguns médicos a evitar fazê-lo, tornando-se vagos ou excessivamente otimistas se pressionados e focando-se mais no tratamento do que nos resultados perspetivados. Como acrescentam os mesmos autores, sabe-se que na maioria das vezes, o evitar a informação ao doente sobre o prognóstico, baseia-se em sentimentos de compaixão, mas a verdade é que, como é referido, expectativas irrealistas podem interferir nas escolhas que os doentes fazem acerca do tratamento.

No estudo que realizaram envolvendo pais de crianças diagnosticadas com cancro, Marck, Wolf, Grier, Cleary e Weeks (2006) referem que, por vezes, os médicos preocupam-se com o facto de a informação sobre o prognóstico poder retirar a esperança. Os investigadores, neste estudo, não encontraram evidências nesse sentido. Segundo referem, a maioria dos pais considera que a informação sobre o prognóstico pode ajudar a manter a esperança, mesmo que seja preocupante. Não surpreende, no entanto, que os pais de crianças com pior prognóstico considerem normalmente a informação sobre o mesmo mais preocupante, mas uma comunicação mais “sensível” (*sensitive* no original), estará relacionado com uma diminuição da preocupação ou, como referem os autores “uma descoberta que sustenta a ideia de que, independentemente do conteúdo da conversação, a interação pais-médico tem valor”. (Marck, Wolf, Grier, Cleary e Weeks, 2006, p. 5268, trad. do autor)

Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov (2008), referem que embora muitos estudos realizados a partir da perspetiva dos doentes, confirmem consistentemente o papel que a *comunicação* pode ter na forma como experienciam a doença, a verdade é que não se tem dado tanta *atenção à relação entre a comunicação e a evolução clínica da doença*, encarando-a como uma séria área de interesse. Como dizem também no artigo que elaboraram

investigadores que documentam a experiência subjetiva em cancro, encontram regularmente um subconjunto de doentes convencidos que a comunicação com os profissionais de cuidados médicos constituem um fator crítico para o sucesso ou insucesso do seu tratamento e, portanto, dos eventuais resultados clínicos. (Thorne et al., 2008, p.34, trad. do autor)

O estudo aprofundado a que procedem Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov (2008) envolve uma relevante amostra de doentes que identificaram a comunicação como tendo impacto

(positivo ou negativo) nos seus resultados. Nenhum dos entrevistados sugeriu não existir relação entre a comunicação e os resultados obtidos no seu percurso. Entre os resultados positivos, foram referidos, por exemplo, o *conforto psicológico*, a *auto percepção* enquanto *agentes ativos* nos seus tratamentos, e o sentimento de *esperança*. Interessante neste estudo (Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov, 2008), o facto de, embora as explicações relativas a sobrevivência não fiquem provadas nas entrevistas, existirem participantes que espontaneamente revelaram a convicção de que há uma relação direta entre ela e a comunicação e os cuidados relativos a cancro. Em determinados casos, denotou-se mesmo a convicção de que a *comunicação* pode mesmo aumentar as hipóteses de cura ou, noutros casos e contrariamente, a convicção de que a *comunicação* pode atuar em detrimento da cura.

Ao ler o artigo de Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov (2008) somos confrontados com vários exemplos relativos ao impacto da *comunicação*, havendo mesmo participantes que consideram que a *comunicação* relativamente aos cuidados com o *cancro*, influencia o próprio sistema imunitário. Como dizem os autores, alguns participantes consideraram que a *comunicação* serviu como catalisador para a sobrevivência. Alguns participantes do estudo de Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov (2008) referem episódios específicos relativos a *comunicação* que tiveram influência marcante nas suas experiências. Por um lado, episódios que podem ter tido impacto negativo e aqui, exemplificam com o fornecimento de informações, por exemplo, de carácter estatístico; por outro lado, episódios com impacto positivo, como o momento em que um determinado profissional de saúde deu uma informação de forma generosa e com compaixão, num momento doloroso da sua doença. “Da sua perspetiva, os doentes de cancro são deixados numa delicada balança entre conforto e aflição, compromisso e exclusão, clareza e confusão, esperança e desespero que podem ser profundamente influenciados pela comunicação que tiveram com os profissionais de saúde” (Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov, 2008, p.37, trad. do autor).

Também a dinâmica relacionada com a *inclusão* ou *não inclusão* no processo de decisão dos cuidados, parece ter relevância para os doentes ouvidos no estudo de Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov (2008). Os doentes parecem sentir-se melhor fazendo parte do processo, como parceiros ativos e devem obter essa sensação quando as informações lhe são passadas. A manutenção da *esperança* (p. 38), parece também essencial, na medida em que evita sentimentos de desespero. Para alguns dos ouvidos no estudo existiu evidência na relação

entre a comunicação que tiveram com os seus cuidadores e a capacidade para manter a *esperança*. Um dos entrevistados, citado, pelos autores, diz: diz: “Desespero é a perda de esperança. E é a falta de esperança que eu penso que afeta o nosso sistema imunitário.” (Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov, 2008, p.38, Trad. do autor)

Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov (2008) chegam à conclusão de que muitos são os doentes de cancro que consideram que a *comunicação* relativa à própria doença teve resultados concretos no tratamento. Dizem-nos também estes autores que “parece ser obrigação daqueles que estão envolvidos na prestação de cuidados oncológicos, assegurar que a comunicação no seio desses cuidados, com o seu evidente poder de magoar ou curar, deve apoiar tanto e ser tão construtiva quanto possível” (Thorne, Hispol, Armstrong e Oglov, 2008, p.39, trad. do autor).

1.4. Pistas exploratórias para uma estratégia de comunicação/informação na transmissão de más notícias

Interessante a constatação de Campbell et al. (2010) acerca dos quatro desafios que mais comumente um oncologista enfrenta quando discute prognósticos com os doentes: que informação deve ser orientada acerca do prognóstico? Como deve lidar com a reação emocional que surge após dar más notícias? Como é que, dar más notícias, afeta o próprio profissional de saúde em oncologia? Como pode preservar a esperança após um mau prognóstico?

Malloy, Verani, Kelly e Munévar (2010) referem como aspetos inerentes a uma boa comunicação, fatores de diferente ordem como sejam avaliações clínicas, atenção prestada a sintomas físicos e preocupações psicossociais, respostas a expressões de sofrimento e dor, reconhecimento de questões éticas e espirituais. Consideram os mesmos autores que, de forma a responder a estas necessidades, os enfermeiros que prestam cuidados paliativos devem estar treinadas com ferramentas comunicacionais.

Os enfermeiros são uma presença constante e são eles quem passa muito tempo, e em situações críticas, com os pacientes e famílias, ajudando-os a interpretar as *más notícias* e ouvindo as suas respostas emocionais a essas informações; são também os enfermeiros quem, no início de um mau diagnóstico, participa ativamente fornecendo informação e ouvindo o *doente* e a *família* (Malloy, Verani, Kelly e Munévar, 2010).

Numa conversa acerca de um prognóstico, revela-se muito importante perceber quais as necessidades de informação por parte do doente. Ainda que pergunte acerca do prognóstico, muitas vezes não há certezas efetivas sobre que informação quer mesmo ter (Campbell et al., 2010). Assim, havendo uma melhor compreensão acerca da informação que o doente necessita e quer, recomendam Campbell et al (2010) que se dê conhecimento de que aquilo que o oncologista pode fornecer é uma informação estatística relativa a grupos de pacientes e não referente a um caso individual.

No que respeita à reação emocional que pode decorrer da intervenção do profissional de saúde ao revelar o prognóstico, referem Campbell et al. (2010) que estas reações são uma parte importante e normal do processo de consciencialização do próprio prognóstico. Dizem os mesmos autores que não é realístico pensar que um doente possa receber informação acerca de um mau prognóstico sem que tenha uma reação emocional ao mesmo. Acontece que os doentes parecem sentir-se apoiados, de facto, por profissionais que respondam com empatia às suas reações e, nesse sentido, várias são as ferramentas de que podem socorrer-se para enfrentar a reação do doente. O silêncio, é uma das componentes que, na apresentação deste raciocínio, (Campbell et al., 2010). Dizem os mesmos autores que, no contexto de uma conversa sobre o prognóstico, dimensão da comunicação será uma importante forma de demonstrar apoio ao doente. Da mesma forma, o toque, no momento certo pode ser importante se dado no contexto adequado (Campbell et al, 2010). Como refere Benner (2001) as enfermeiras utilizam muitas vezes o toque para reconfortar e estabelecer contacto com um doente. Segundo a autora, este contacto que é cheio de “calor humano”, pode ser muitas vezes a única forma de reconfortar e comunicar.

É normal que o profissional de saúde sinta também o impacto decorrente da notícia que ele próprio dá, podendo mesmo existir o receio de que o doente note a sua consternação. No entanto, e segundo Campbell et al. (2010), os doentes costumam sentir uma reação emocional por parte do profissional, como algo de empático. A advertência que os autores fazem é a de que as emoções que os profissionais de saúde deixam transparecer não devem ser intensas ao ponto de o doente a família sentirem que devem consolá-lo.

Parker, Aaron e Baile (2008), por exemplo, referem o estudo de Maguire, na medida em que o mesmo aponta para facto de que uma consulta centrada na pessoa, tentando perceber os seus problemas, as suas reações aos problemas e a forma como a doença tem impacto na sua vida

quotidiana, os doentes tendem a sentir-se mais satisfeitos, aceitando melhor os tratamentos sugeridos.

Como referem os autores Thistlethwait (2009) uma abordagem mais centrada no doente torna os profissionais de saúde mais sensíveis à forma de transmissão da informação, já que existe sensibilidade para a questão da quantidade de informação que pode ser disponibilizada.

Esta abertura e honestidade estão em linha com os desejos dos doentes, que demonstraram querer saber se o seu diagnóstico é de cancro e ainda quem querem que seja informado sobre a sua doença.

Referem, ainda, os autores como componente-chave, a importância da escuta ativa na interação com o doente.

Existe, segundo Malloy, Verani, Kelly e Munévar (2010) um crescente consenso acerca de procedimentos formais como sejam conferências para as famílias ou o uso de tradutores quando existe necessidade.

Thistlethwait (2009) identificou, enquanto barreiras comunicacionais, fatores de ordem pessoal e organizacional. Fatores como ausência de treino e *ferramentas*, linguagem *pobre*, o esclarecimento dado aos doentes, visto como algo de *menor* prioridade, cultura de não envolver os doentes nas decisões são alguns dos exemplos de barreiras que poderiam ser suplantadas por sessões de partilha de experiência, *role playing*, e simulação de confronto com doentes.

Como é referido no seu artigo Thistlethwait (2009), diz que não há uma forma única de dar *más notícias*, e isso mesmo, constatamo-lo no quotidiano da UTM. De qualquer forma, certos estudos apontam para o facto de haver formas mais positivas de satisfazer o paciente e o seu bem-estar psicológico, o que inevitavelmente acaba por também ser confirmado na nossa prática e que pode ser exemplificado através das reflexões que constam do anexo deste relatório.

No passado, e de forma coincidente com uma época em que o panorama para o tratamento de cancro era muito negativo, existia uma tendência mais paternalista na relação com o doente, podendo mesmo haver tendência para esconder informação que pudesse ser prejudicial para o bem-estar do mesmo. Hoje em dia, e numa altura em que a abordagem é mais centrada no

próprio *doente*, existe muito mais informação acerca das necessidades dos *doentes* aquando do diagnóstico Thistlethwait (2009). Corroboramos estas considerações e confirmamos, no nosso contexto laboral, a preocupação crescente com o posicionamento do doente perante a sua realidade clínica, sendo que trabalhos como o que empreendemos são exemplificativos disso mesmo.

Importante, no entanto, salientar que uma “incorreta” ou “menos eficiente” *transmissão de más notícias* terá sempre impacto, direto ou indireto, não só nos *doentes* e familiares, mas também nos profissionais de saúde. Num estudo levado a cabo por Thistlethwait (2009) os profissionais de apresentam uma série de mecanismos de defesa (ansiedade, irritabilidade, frieza, excessivamente tranquilizadores, distanciamento...) que, segundo os autores, advêm da proteção que o profissional tem que fazer em relação a ele próprio.

1.5. A ética na transmissão de más notícias, indefinição e disseminação de fronteiras na comunicação

Do que até aqui foi exposto não restam dúvidas de que a *transmissão de más notícias* é terreno sensível e que pode facilmente colidir ou entrar em conflito com princípios éticos inerentes à prática profissional dos enfermeiros.

Ainda que tendo em conta a multidimensionalidade e a unicidade do ser humano, bem como o compromisso latente de *cuidar*, momentos existirão em que é

difícil decidir o que fazer. Por vezes, o ‘eu ético’ do enfermeiro entra em conflito com a instituição ou com a vontade do utente. Podemos também assistir, para um mesmo dilema, a decisões diferentes, provenientes de enfermeiros diferentes e, ambas aceitáveis porque, como foi acima dito, cada um de nós tem valores e crenças próprias. É importante referir que quando o dilema surge em contexto de cuidados de uma pessoa esta deve participar nessa discussão. (Pereira, 2008, p.191)

Como afirma Renaud (2010), no artigo em que discute a *confiança* e depois, mais concretamente, a *confiança* nos prestadores de cuidados de saúde, existe um “desnívelamento” de conhecimento e informação na relação entre o doente, por um lado, e a equipa que proporciona os cuidados, por outro. Segundo a mesma autora, este “desnívelamento” já terá sido sentido por todos aqueles que já tiveram que recorrer a um estabelecimento médico com doença de alguma gravidade. Podendo, numa primeira análise, ser configurada e revestida pelo *consentimento informado*, a verdade é que a relação acaba

por ser de dependência e traduz-se muitas vezes nivelada e baseada na *confiança*. Citando os exemplos de Renaud (2010: 339): “‘Senhor Dr, estou nas suas mãos’” (Renaud, 2010, p.339), ou “o que é que faria se se tratasse de uma pessoa da sua família!” (Renaud, 2010, p.339). Renaud (2010) faz uso também do conceito de “pacto de cuidados”, criado por Paul Ricoeur, na medida em que este evoca a presença implícita de uma promessa, de uma relação recíproca de confiança “(...) em virtude da qual o doente confia nas capacidades da equipa dos prestadores de cuidados, ao mesmo tempo que a equipa promete fazer todo o possível para ajudar o doente na situação de fragilidade em que se encontra.” (Renaud, 2010, p.340). E, como é explicado, ambos os lados precisam de sentir a *confiança* que o outro deposita na outra parte que acaba por ser expressa num *consentimento informado* que tem a sua razão de existir, muito mais na *confiança recíproca*, do que no *medo recíproco* (Renaud, 2010).

É neste contexto que fará sentido enquadrar a *transmissão de más notícias*, no sentido em que é importante que as mesmas sejam veiculadas, ainda que implicitamente no seio de um *consentimento informado* ou de um *pacto de cuidados*, por um agente em que depositemos *confiança*. São inúmeras as obras e as leituras que apontam para a relação de proximidade entre *enfermeiro* e *doente/famíliares*, na medida em que os primeiros acabam por ser os profissionais de saúde que estabelecem contacto mais direto com o doente. Neste sentido, não espanta que acabem muitas vezes por ser aqueles que são portadores de *notícias*, sejam elas *boas* ou *más*. A propósito da vivência da enfermagem

sabe-se que enfermeiras e enfermeiros passam muitas horas em contacto com os pacientes, pelo menos na situação hospitalar. E não raras vezes é a eles que os pacientes recorrem para confirmar as palavras e decisões dos médicos. Poder-se-ia pensar que os pacientes, ao saberem que os enfermeiros, graças à sua experiência profissional, foram e são testemunhas acreditadas de situações clínicas semelhantes às suas, beneficiam de um clima de neutralidade que os torna particularmente aptos para avaliarem a pertinência do conselho do médico. (Renaud, 2010, p.341).

Neste momento, sente-se a necessidade de problematizar sobre se será, efetivamente transversal a todas as dimensões da sua atuação, este clima de neutralidade de que se reveste a ação dos enfermeiros. Esta neutralidade que, não raras vezes, poderá confundir-se com a própria *ética* deste profissional, valorizada e incrementada pela *confiança* que indiscutivelmente adquirem junto dos doentes, poderá ela própria ser uma mais-valia na *transmissão de más notícias*?

Fazendo referência a Kovács (2009), Callegari (2011) aponta para o facto de o choque em que os *doentes* podem estar após a receção de uma *notícia*, poder tornar o momento numa situação que não favorece o entendimento do que está a ser transmitido. Assim, pode dar-se o caso de, questionados posteriormente, os *doentes* e os familiares virem a dizer que nenhuma informação lhes foi prestada. Kubler-Ross, também referenciado por Callegari (2011), identificou os estágios psicológicos que o *doente* atravessa aquando da receção de uma *notícia*: *negação e isolamento*; *cólera (raiva)*; *negociação*; *depressão*; *aceitação*. Como aponta a autora (Callegari, 2011), a importância destes pontos está na imprescindível sensibilidade que deve ter o *profissional de saúde* relativamente ao estágio em que se encontra o *doente* e relativamente ao facto de este estar ou não apto para tomar decisões livres de mágoa.

Na medida, em que na UTM existe uma complexa gestão de *notícias* e de hipotéticas *más notícias* a transmitir ao *doente*, o mesmo pode ter que enfrentar cada *novidade* sobre o seu *estado de saúde* ao mesmo tempo que atravessa fases distintas nas etapas psicológicas definidas por Kubler-Ross. A especificidade do tratamento relacionado com *transplante de medula óssea* deve potenciar o cuidado a ter na *transmissão de más notícias*; o *doente* que já nos pareceu estar na fase de *aceitação* pode receber, no cumprimento de um protocolo terapêutico, uma *notícia* que o deixe *deprimido* ou *revoltado*.

Para além do inalienável direito que o *doente* tem relativamente à informação que constrói e transforma uma notícia numa *má notícia*, existe ainda o direito, não passível de ser menorizado, de que existe a opção de *não saber* (Callegari, 2011). Há aqui, portanto, uma complexa *gestão ética* acerca da informação que pode ser veiculada.

Pensar em todos estes aspetos, enquadrando-os naquilo que corresponde à realidade diária de uma UTM, coloca-nos perante um paradoxo, uma duplicidade constante: o de uma *ética* que necessariamente *limita* mas que, por outro lado, também *amplifica* a *ética* na *transmissão de más notícias*. Não se trata de um conceito ou de uma prática de que nos apropriemos inequívoca e indefinidamente, sendo sim um conceito *elástico* e em constante conflito e adequação com o que são as expectativas, práticas e *notícias* que preenchem o quotidiano de um *doente* sujeito a transplante medular.

Como é dito na obra “Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos” (1999) o processo ético tem como finalidade a promoção de valores, a autonomia, a informação ao doente, consentimento do cuidado, a responsabilidade e a solidariedade dos indivíduos enquanto forma de respeitar a dignidade humana. Há então, segundo estes autores, uma reflexão constante que nos leva a questionarmo-nos sobre como fazer o melhor possível pelos doentes, sabendo-se no entanto que “ (...) conhecer as leis e os princípios morais não nos dá soluções acabadas para o quotidiano da nossa ação” (SFAP, 1999, p.11).

No que respeita à *transmissão de más notícias*, seguindo um princípio ético da medicina, a informação sobre a patologia só deve ser transmitida à família com o consentimento implícito ou explícito do doente. No entanto, abordamos terrenos tão sensíveis que, sabe-se que muitas vezes o processo acaba por ser o inverso. E nesses momentos, quando o profissional de saúde se consciencializa acerca da forma como atuou, apercebe-se da *elasticidade* que uma *má notícia* imprime à postura ética do profissional. Isto, principalmente, quando o *cuidar* permite ou permitiu um conhecimento profundo do doente e uma integração total e natural da *família* em todo o processo.

São assim muitas vezes os familiares os primeiros a serem confrontados com as más notícias, e os profissionais de saúde confrontados com o pedido de nada ser dito ao doente –“a conspiração do silêncio”. O profissional de saúde deve ter sempre presente que o primeiro dever é para com o doente, não sendo no entanto conveniente hostilizar os familiares.

Face a esta situação e segundo os autores Bukman (1991), Leal (2003), Querido, Salazar & Neto (2006), Sancho (1998) o profissional de saúde deve seguir o conceito de não impor a verdade ao doente se este não a quiser saber, mas não deve mentir ao paciente se este lhe perguntar. Quer dizer, aplicaremos o princípio da honestidade e tranquilizaremos a família dizendo que nada dizemos ao paciente que ele não queira saber. No entanto há situações em que se justifica dar más notícias aos familiares, mais do que aos doentes. Isto acontece, quando apesar de terem sido dadas ao doente todas as oportunidades de recolher dados sobre a sua doença e o doente não o faz, ou se o doente não pode ser considerado capaz para receber e entender a notícia.

A longo prazo a “conspiração do silêncio” tem custos emocionais muito elevados para os envolvidos e é difícil de manter. O doente sentir-se-á progressivamente mais isolado e

impedido de falar sobre aquilo que para ele é fundamental. Como tal devemos ajudar a família a quebrar este muro e a dar permissão ao doente para falar sobre a sua evolução, as suas vontades e expectativas. É fundamental fomentar a esperança realista e manter o apoio incondicional. No fundo, é fundamental, *cuidar* e disso também fazem parte as *más notícias*.

2. METODOLOGIA

No âmbito deste percurso de aprendizagem existiram procedimentos metodológicos de natureza distinta que nortearam a minha atuação.

Procedi a uma Pesquisa Bibliográfica narrativa e crítica que assentou em livros e artigos científicos a partir de bases de dados tais como a SCIELO, EBSCO, CINAHL e MEDLINE e alguns motores de busca.

Com a finalidade de efetuar uma contínua aplicação do saber científico na prática profissional selecionei serviços para efetuar ensinamentos clínicos que me permitissem desenvolver as competências delineadas, pois tal como refere Benner (2001) o conhecimento apropria-se através do saber experiencial e da transposição desse saber para o contexto dos cuidados de enfermagem, tendo em conta que as aprendizagens emergem de situações peculiares vivenciadas na prática.

A partir de uma prática reflexiva ao longo de todo o percurso efetuei o registo escrito de algumas reflexões e análise crítica sobre situações da prática de cuidados de enfermagem ao doente submetido a transplante de medula óssea alvo de *transmissão de más notícias*, recorrendo à metodologia do Ciclo de Gibbs.

Com a finalidade de perceber o conceito de *más notícias* presente na equipa de enfermagem da UTM, efetuei uma sondagem de opinião através da aplicação de um questionário com três perguntas abertas.

A partilha de experiências com toda as equipas em que se realizaram estes ensinamentos clínicos, revelou-se uma experiência muito enriquecedora.

Procedi à dinamização de um grupo de trabalho para sensibilização e programação de sessões de treino de competências comunicacionais no âmbito da temática da *transmissão de más*

notícias, bem como para aquisição de conhecimento científico e prático dirigido à equipa multiprofissional da UTM;

Para finalizar, efetuei este Relatório de Estágio para espelhar todo o percurso de aprendizagem e que ao mesmo tempo se tornou num momento de reflexão sobre toda o processo de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

3. CAMINHO PERCORRIDO

Ao longo do percurso de aprendizagem até aqui desenvolvido foram adquiridos e aprofundados novos conhecimentos resultantes da pesquisa bibliográfica baseada na mais recente evidência científica, surgindo a oportunidade de os mesmos contribuírem para o desenvolvimento de competências de *enfermeiro especialista* e para a aplicação prática em contexto de ensino clínico. Neste caso, fala-se especificamente da prática de enfermagem especializada em enfermagem oncológica no âmbito da *"transmissão de más notícias"* em contexto em de transplantação medular, com a aquisição de competências inerentes ao Grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Oncologia.

Ao longo do tempo, a UTM na qual desenvolvo a minha experiência profissional, tem mantido a inovação na sua atividade, sendo ainda hoje o serviço de maior prestígio nesta área. Em 1994 torna-se pioneira no nosso país ao fazer o primeiro transplante de células de cordão umbilical, seguindo-se em 1995 o primeiro transplante de dador não relacionado e, em 1999, o primeiro transplante em ambulatório. Oferece, ainda hoje, tratamentos de fotoférese extracorporeal e irradiação corporal total.

Desde o início da sua atividade foram realizados mais de mil transplantes, entre autólogos e alogénicos, em população adulta e pediátrica.

A sua missão resume-se assim à realização de transplantes autólogos ou alogénicos relacionados ou não relacionados, funcionando também como centro de colheita, banco de células e centro de aplicação de células em seres humanos.

Para dar início a este percurso prático de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista alicercei-me nas competências de enfermeiro especialista preconizadas pela ordem dos enfermeiros, já referidas anteriormente, e na filosofia de Benner (2001), que

evidencia que a prática profissional de excelência ancora-se e resulta da transição do raciocínio e das intervenções da prática clínica vivenciadas em situações particulares que permitem modificar e desenvolver o conhecimento e a estrutura moral do enfermeiro. Isto, considerando que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais.” (Benner, 2001, p.20).

De acordo com a bibliografia consultada e, porque a temática da *transmissão de más notícias* é uma realidade em oncologia e ao mesmo tempo subvalorizada pelos profissionais de saúde Buckman (1992) Sancho (1998), Leal (2003), Paul, Mcharg, Fisher, Wbb (2009), Thistlethwait (2009), delineei como objetivo geral para este 3º semestre o de:

“Desenvolver competências técnicas, científicas e comunicacionais de transmissão e gestão de más notícias na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem oncológica em contexto de transplantação medular.”

Esta temática representa pois, para estes profissionais, uma grande dificuldade no que respeita à sua abordagem. Segundo Lopes (2008), a dificuldade compreende-se pela formação incipiente, pela complexidade de abordagens que exige e pela controvérsia no que respeita à forma, ao modo e a quem compete transmitir a informação. Os profissionais de saúde, com maior ou menor grau de consciência, recorrem a mecanismos de fuga para se protegerem do sofrimento que a transmissão de uma má notícia lhes possa causar, acionando de forma involuntária mecanismos de defesa, muitas vezes relacionados com os seus próprios medos face uma situação de doença ou de morte, Pereira (2008). Assim, para a mesma autora, as dificuldades dos profissionais de saúde centram-se essencialmente no medo de encarar as reações físicas e emocionais do doente e da família.

Desta forma, dada a especificidade do contexto onde iria ser implementado o projeto, selecionei unidades com a mesma especificidade de cuidados de enfermagem, tendo considerado pertinente iniciar o primeiro ensino clínico no contexto de exercício da minha atividade profissional.

3.1. O ensino clínico na UTM de um Hospital central de Oncologia

O primeiro *ensino clínico* decorre, como foi referido anteriormente numa UTM em contexto de trabalho com a duração de 112 horas.

Esta UTM é composta por dois sectores que se complementam: o sector de internamento e o sector de hospital de dia. É no sector de internamento que exerço a minha atividade profissional sendo neste local que implementei o projeto profissional.

3.1.1. Objetivos específicos

a) Identificar a sensibilidade da equipa para a temática da transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular;

Atividades desenvolvidas:

1) - Reunião formal e individual com enfermeira chefe do serviço, para apresentação do projeto de formação já anteriormente negociado, no sentido de partilhar o planeamento e as estratégias delineadas;

A intenção foi também a de garantir a viabilidade deste trabalho, e pertinência para o serviço. A discussão revelou-se muito positiva, uma vez que se disponibilizou de imediato, no âmbito das suas competências de gestão, a contribuir para a implementação do mesmo.

2) - Sessão de informação individual a todos os elementos da equipa multiprofissional, para dar a conhecer a contextualização da problemática e perspetivar o desenvolvimento do projeto de estágio. Foi minha intenção para abrir espaço à reflexão sobre a temática em estudo e assim iniciar a sensibilização ao tema para futura apresentação formal. Apesar de este tipo de apresentação consumir mais tempo, procurei momentos de maior disponibilidade e de menor exigência de cuidados para com os doentes e porque foi minha preocupação dada a “unicidade” da temática, evitar a contaminação das respostas individuais;

3) - Organização de um *dossier* com artigos científicos relacionados com a temática da *transmissão de más notícias* em oncologia, baseados na mais recente evidência científica, considerados relevantes para sensibilizar, implicar, envolver e provocar a reflexão da equipa;

Este *dossier* permanece no serviço até hoje em suporte de papel e em suporte informático. A divulgação deste material foi feita individualmente em momentos de maior disponibilidade por parte dos enfermeiros do serviço, tendo ficado acessível a todos eles. Foi com agrado que partilhámos a satisfação dos enfermeiros, quando colocavam questões e partilhavam reflexões após a consulta e leitura da documentação que deixámos disponível. Estes momentos de reflexão e partilha sobre as leituras efetuadas com maior ou menor grau de profundidade

desembocaram, quase sem exceção, na partilha pelos colegas de situações marcantes vivenciadas na prática.

4) – Reunião individual e formal com a psicóloga clínica que dá apoio a esta unidade de transplantação medular, com formação avançada e experiência na transmissão e gestão de más notícias em oncologia. Tive como objetivo auscultar e de iniciar a negociação sobre a possibilidade de moderar e dirigir sessões de treino de competências comunicacionais na área temática em estudo. A reunião reafirmou a minha motivação e convicção da necessidade de formação neste âmbito, o que resultou num compromisso futuro em efetuar as sessões sugeridas, tendo ficado agendada nova reunião para iniciar todo o trabalho de planeamento e programação.

5) – Sondagem de opinião através da aplicação de um questionário com três perguntas abertas (apêndice 1) para perceber a perceção sobre *más notícias* presente na equipa de enfermagem da UTM.

Dos trinta enfermeiros da equipa da UTM, foram distribuídos a 23 (vinte e três) questionários e houve 23 (vinte e três) respondentes. Dos 7 (sete) enfermeiros não incluídos, 2 (dois) estavam de licença de maternidade, 2 (dois) em período de férias e 2 (dois) não mostraram disponibilidade em colaborar e 1 (a autora), por motivos óbvios.

b) Identificar os recursos disponíveis noutras áreas do conhecimento para colaborar na implementação do projeto;

Atividade desenvolvida:

Para responder a este objetivo foi agendada e efetuada uma reunião com a enfermeira responsável de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos. Esta reunião foi programada com o objetivo de procurar contributos numa área específica de cuidados em que a temática da *transmissão de más notícias* está bastante presente, muito discutida e treinada. Este encontro constituiu uma mais-valia, por ter acrescentado referencial teórico, nomeadamente no que respeita ao “Protocolo Confort” para *transmissão de más notícias* entre outros temas relacionados com esta temática. A serenidade e a naturalidade com que fui recebida e o incentivo que me proporcionou, quando partilhou a sua experiência validou a convicção que eu já tinha sobre a importância de se estender a temática de *transmissão de*

más notícias noutros contextos de enfermagem oncológica que não exclusivamente na área específica de *cuidados paliativos*.

A partilha do seu conhecimento e experiência, aguçou a vontade de posteriormente, em contexto de trabalho e no âmbito da continuação deste projeto, ser equacionada a hipótese de efetuar um estágio na sua unidade, o que certamente acrescentaria conhecimento e experiência como contributos para o meu contexto profissional.

c) Aprofundar conhecimentos para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e comunicacionais na área temática da transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular;

Atividades desenvolvidas:

1)- Continuação da pesquisa bibliográfica sobre a temática da *transmissão de más notícias* baseada em evidência científica recente;

A pesquisa de referencial teórico surge naturalmente à medida que avanço neste percurso. Assim, senti a necessidade de intensificar a pesquisa em diferentes áreas. As outras áreas com que me confrontei confirmam a complexidade e multidimensionalidade inerente a esta área específica do conhecimento em enfermagem especializada, pelo que nesta fase procurei aprofundar saberes que se correlacionassem e que se revelassem indissociáveis da *transmissão de uma má notícia*, saberes que pretendia consolidar ao longo deste percurso para articular, planear e oferecer uma intervenção de enfermagem especializada e total para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

2) - Participação ativa nos cuidados inerentes à *família* e ao *doente* internado na unidade de transplantação medular que sejam alvo da *transmissão de más notícias* neste contexto específico;

A prestação de cuidados aos doentes submetidos a transplante de medula óssea (TMO), permitiu-me observar, identificar e interiorizar a forma única como uma *má notícia* é transmitida, bem como a também forma única e particular, como cada *doente* e *família* sofre o seu impacto.

De acordo com Matos & Pereira (2005), o enfermeiro especialista em enfermagem oncológica deve ter presente que a representação social do cancro tem uma importante componente simbólica, acarretando uma carga emocional e social que forçosamente provoca alterações no doente e família. Estas doenças continuam associadas socialmente à morte, desespero, medo, ameaça à integridade da pessoa, quer na esfera física, quer na esfera emocional, provocando um grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, pela gravidade da doença e pelos efeitos dos tratamentos (Pereira, 2008). Ao longo da minha experiência em enfermagem oncológica no contexto específico de transplantação medular, este percurso reveste-se de alterações multidimensionais que se exacerbam pelo facto do doente estar sujeito a longos períodos de internamento em isolamento protetor e por isso privados do seu meio familiar e social. Assim, o processo de comunicação fica comprometido, sendo este aspeto inibidor da sua clareza e a interpretação da informação transmitida pelos profissionais de saúde pode revestir-se de ambiguidade e de imprecisão para com o doente (Matos & Pereira, 2005).

Malloy, Verani, Kelly, e Munévar (2010) salientam a importante questão, que sinto no quotidiano, relativa ao facto de as necessidades de comunicação por parte de *doentes* e *familiares* ser distinta. Se as necessidades de comunicação com os *doentes* incluem a necessidade de informação, o alívio de dor e sintomas ou a necessidade de perceber o sentido das suas vidas, a *família* necessita por exemplo, de espaço e permissão para falar ou de ser ouvida em momentos de maior dor.

A este respeito Júnior (2011) refere que um dos aspetos mais valorizados pelos familiares é que a comunicação seja feita de uma forma clara e compassiva e que para que isso ocorra, o cenário deve contemplar disponibilidade, atenção e interesse, criação de laços de respeito e confiança, clareza e objetividade de discurso sem que este cenário retire a esperança que deve ser baseada no *princípio da verdade aceitável*.

Neste sentido, enquadrei nas intervenções de enfermagem que planei com o conhecimento científico adquirido, transpondo-o para a prática de cuidados de enfermagem oncológica ao doente e familiares internados na UTM. Todas as intervenções de enfermagem no que respeita à temática em estudo foram acompanhadas sem exceção, de momentos de reflexão profundos e de análise crítica de situações que surgiram na prestação de cuidados ao doente transplantado como espelhado num dos registos das reflexões selecionadas (apêndice 2). Centrei minha atenção na articulação do conhecimento científico com a prática sobre aspetos

comunicacionais em articulação com as etapas do protocolo SPIKES que segundo Baile, Walter et al (2007), Bukman (1992), Sancho (1998), Querido, Salazar & Neto (2006) a entrevista deve ser preparada pelo profissional de saúde antecipadamente, planeada mentalmente prevendo o plano de transmissão de informação e o plano de intervenção face às respostas do doente, tanto no que respeita a colocação de questões como às suas respostas emocionais. O mesmo autor enfatiza a preocupação que deve ser tida em consideração com ambiente, privacidade, tranquilidade, bem como com a importância de manter o contacto visual, a distância necessária e o toque. Para o mesmo autor este momento deve contemplar o envolvimento de uma pessoa significativa para o doente (Baile, Walter et al, 2007). Depois de concluída esta etapa o profissional de saúde deve avaliar a perceção do doente, questionando-o afetuosamente, com firmeza e determinação sobre a forma como a informação transmitida poderá alterar o seu plano futuro. Para Sancho (1998), as respostas a estas questões permitem ao profissional de saúde perceber aspetos cruciais no que respeita à compreensão da sua situação de saúde, à expressão das suas emoções através do “verbal” e do “não-verbal”. Saliento que este aspeto foi referido mais do que uma vez pelos enfermeiros do serviço quando surgiu o debate entre pares. Este facto permite em simultâneo ao profissional de saúde modelar a informação, ajustando-a ao estado e compreensão do doente, permitir detetar incongruências de comunicação entre as características do discurso e a sua linguagem não-verbal. Para Sancho (1998) a terceira etapa consiste em perceber a informação que o doente quer saber e a que ritmo pretende ser informado, no entanto o mesmo autor defende que a informação deve ser faseada e validada a sua compreensão. A etapa seguinte é aquela em que na sua grande maioria o enfermeiro pode encontrar a excelência de intervenções especializadas em enfermagem oncológica neste contexto específico, por representar uma etapa em que o enfermeiro detém total autonomia; nesta etapa o profissional de saúde deve responder com qualidade às emoções do doente, devendo ser identificada a emoção para que de seguida seja validada para com o doente, Sancho (1998). A última etapa deve contemplar o resumo e uma estratégia para discussão de um plano terapêutico futuro caso tenha sido detetado que o doente esteja capacitado para o fazer. Desta forma orientei a prática de cuidados de enfermagem, dando ênfase às etapas em que enfermeiro pode encontrar maior autonomia enquanto enfermeiro especialista.

3) - Reflexão, análise crítica e registo de interações de cuidados orientados pelo ciclo de Gibbs tal como espelhado numa das reflexões selecionadas para apêndice deste relatório (apêndice 2).

Para ilustrar o que desenvolvi nesta atividade recorro a um excerto particular do registo de uma das reflexões em que fui confrontada com uma situação que me obrigou a uma gestão imediata das minhas emoções causadas pelo impacto que a má notícia teve numa doente.

“Quando volto a ser mãe dos meus filhos?” Esta pergunta foi-me colocada por uma mulher, depois de ter sido confirmada pelo médico a notícia de recaída de doença oncológica após realização de um transplante de medula óssea. Perguntas semelhantes a esta são uma constante para os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional numa UTM. Para responder ao enorme leque de questões que podem ser colocadas ao enfermeiro neste contexto específico, mesmo que seguindo a orientação do protocolo SPIKES, nomeadamente no que respeita à etapa de responder com empatia às emoções do doente, Silva (2008), relembra que o profissional de saúde tem como base na profissão a comunicação. No entanto o mesmo autor, evidencia a empatia quando aborda a vertente psicossocial e cultural englobando-a na temática da comunicação do profissional de saúde como componente terapêutico, uma vez que nos diz citando Blondis & Jackson (1982), que a empatia permite captar o sentimento e o pensamento do outro quando se está na sua presença, o que faz sentir e interpretar o pensamento do outro como se fosse seu, sem se afastar da sua identidade. Silva (2008), acrescenta ainda que a empatia é uma ferramenta essencial para o profissional de saúde e que deve ser treinada e aperfeiçoada tendo em conta a sua complexidade.

3.1.2. Refletindo sobre o percurso

Apesar de 112 horas de prática, o ensino clínico revelou-se um importante momento de aprendizagem, tanto do ponto de vista da aquisição das minhas competências e da utilização da bibliografia consultada, como enquanto enfermeira com funções de coordenação. A capacidade de envolver a equipa num projeto que contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e simultaneamente que melhora a satisfação dos profissionais, representa também uma satisfação pessoal. Um dos indicadores de envolvimento da equipa de enfermagem foi a obtenção de um elevado número de respostas num curto espaço de tempo, bem como, o interesse demonstrado nas sessões de informação.

3.2. Ensino Clínico numa Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) de um Centro Hospitalar de Lisboa

O segundo momento em ensino clínico, aconteceu no espaço de um hospital central, que aqui designaremos como UTMO. O rácio enfermeiro doente, segundo a equipa de enfermagem, é considerado insuficiente para responder com qualidade às exigências de cuidados de enfermagem ao doente submetido a transplante de medula óssea, uma vez que tanto no turno da tarde, como no turno da noite os enfermeiros são distribuídos, em média, entre um a dois por cada oito doentes. Segundo partilha dos profissionais de enfermagem, este rácio dificulta a prestação de cuidados com o rigor e a segurança de atuação profissional que a especificidade inerente a este doente reclama.

Este estágio, teve a duração de 226 horas. A integração ao serviço foi facilitada por se tratar de uma realidade profissional semelhante aquela em que exerço a minha atividade profissional, no que respeita às problemáticas dos doentes e às terapêuticas utilizadas. Numa fase inicial, a preocupação foi a de conhecer a dinâmica da equipa e a organização e funcionamento do serviço. Ultrapassada esta fase e o momento de apresentação à enfermeira chefe, enfermeira orientadora de local de estágio, diretor do serviço bem como, outros elementos da equipa multidisciplinar, ficaram reunidas as condições necessárias à consecução dos objetivos desenhados para este ensino clínico.

3.2.1. Objetivos específicos

a) Compreender as estratégias de comunicação utilizadas e aplicadas pela equipa de enfermagem na UTM para transmissão de más notícias ao doente oncológico e família sujeito a TMO;

Este objetivo foi delineado na tentativa de acrescentar e aprofundar o conhecimento através da observação da interação de profissionais na prática de cuidados de enfermagem em contexto profissional semelhante aquele em que exerço a minha atividade profissional, para “beber” estratégias comunicacionais passíveis de serem aplicadas na minha *praxis*.

Atividades desenvolvidas:

- 1) - Observação da prática de interações de cuidados ao doente oncológico e família submetido a transplante de medula óssea neste serviço, com ênfase à área específica da *transmissão de más notícias*;
- 2) - Partilha de experiências e de estratégias de intervenção adotadas no serviço para *transmissão de más notícias* em contexto de transplantação medular.

Constatei que esta temática ainda se reveste de algum estigma relacionado com os cuidados de enfermagem em fim de vida, sendo ainda subvalorizada pela grande maioria dos enfermeiros desta equipa. Desta forma considerei pertinente disponibilizar bibliografia baseada na mais recente evidência científica, pelo que forneci artigos científicos relacionados com a temática da *transmissão de más notícias* em oncologia. Artigos considerados relevantes para sensibilizar, e provocar momentos de reflexão e partilha de conhecimento com os enfermeiros da equipa, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem oncológica neste contexto específico.

A divulgação deste material foi feita individualmente em momentos de maior disponibilidade por parte dos enfermeiros do serviço, tendo ficado acessível a todos eles num *dossier*. Disponibilizámos também um conjunto de dois DVDs, um dos quais sobre perícias básicas de comunicação e outro sobre um protocolo para *transmissão de más notícias* denominado protocolo SPIKES. Sempre que considerava oportuno, após as passagens de turno, e também em momentos de maior disponibilidade de cuidados de enfermagem, introduzia a temática relacionando-a com situações que vivenciei naquele contexto de ensino clínico, muitas vezes situações que vivenciei naquele dia ou naquele turno. Foi também com agrado que aqui partilhei experiências da prática naquele contexto específico e da minha vivência noutra unidade de transplantação medular, bem como, conhecimento científico de que me fui apropriando. Respondi também a questões colocadas e observei o envolvimento de alguns enfermeiros do serviço quando participavam com satisfação no debate de ideias, colocando questões e partilhando reflexões sobre situações marcantes do seu quotidiano. Estas reflexões surgiam com frequência após a consulta e leitura da documentação que disponibilizei. Também aqui os enfermeiros aderiram ativamente aos momentos de debate que poderiam parecer espontâneos mas que frequentemente provoquei com intencionalidade.

Percebi que não seria possível cumprir totalmente este objetivo, uma vez que pela observação da atuação dos profissionais e pela partilha de informação através de conversas formais com os profissionais de enfermagem, verifiquei que se situavam num nível de conhecimento que os posicionava relativamente a este tema, de forma muito ténue perante a filosofia de cuidados paliativos em situações de fim de vida, quando a ciência esgota a oferta terapêutica. Noutros casos observei alguma perplexidade sobre a introdução da temática neste contexto profissional. Desta forma, após discussão e de acordo com orientação tutorial, parti resiliente e com a convicção da necessidade de alterar o objetivo inicial para:

b)Treinar competências técnicas, científicas e comunicacionais na área temática da transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular;

Atividades desenvolvidas:

1) - Continuação da pesquisa bibliográfica sobre a temática da *transmissão de más notícias* baseada em evidência científica recente;

Continuei a aperceber-me que a *transmissão de más notícias* era um tema subvalorizado pelos enfermeiros do serviço e como referido anteriormente, aqueles que demonstravam interesse faziam sem exceção uma associação com os cuidados em fim de vida, introduzindo no discurso algumas considerações baseadas na filosofia de cuidados paliativos. Percebi que os enfermeiros que demonstravam maior interesse e sensibilidade pelo tema, refletiam em conjunto tentando articular a informação que lhes era transmitida com a realidade do seu contexto profissional. Alguns enfermeiros, pelas expressões, mímica facial, características do discurso e interesse demonstrado faziam-me acreditar (apesar de ter sido reformulado o objetivo inicial) que a minha intervenção, mesmo modificada e distanciada do objetivo inicial, começava a fazer- lhes sentido.

Interessa pois sublinhar que se concorda que nos possamos apoderar do conhecimento apropriado sobre cuidados paliativos, no entanto alerta-se para aquilo que Forte (2009) evidencia quando diz que o entendimento sobre cuidados paliativos não deve ser reduzido a cuidados a doentes moribundos em fim de vida, mas sim, tal como diz Forte (2009) referenciando a ideia de Lanken (2008) introduzidos desde o momento do diagnóstico de uma doença grave que se revele ameaçadora. Forte (2009) acrescenta ainda que esta filosofia de cuidados deve caminhar lado a lado com os cuidados de carácter curativo. Assim, corrobora-

se que o *facto da transmissão de más notícias* ao doente e família submetidos a transplantação medular também se possa inscrever nesta filosofia.

Ainda que de início se tenha notado alguma surpresa pelo tratamento da temática da *transmissão de más notícias* neste espaço de trabalho, a verdade é que, passou a existir por parte de alguns profissionais uma comunicação naturalmente mais empática para com os doentes no momento de dar uma *má notícia*. Neste sentido ao terminar esta fase partilho a convicção que Araújo (2009) nos apresenta quando nos diz que a comunicação empática e compassiva causa um efeito de suporte e sustenta as possíveis alterações psicológicas do doente, quer seja reclamada em pedidos de informação efetuados pelo doente, quer seja uma componente essencial da relação interpessoal. A mesma autora (2009) enfatiza que a problemática da transmissão de informação não pode encerrar-se apenas na mensagem como componente única, mas sim no modo como essa mesma mensagem é veiculada. A mensagem tem que equilibrar “o verbal e o não-verbal” demonstrando cuidado e atenção para com o outro, pelo que se apela à mudança do foco de intervenção do profissional de saúde “do resolver para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades”, sendo que só assim, o profissional de saúde poderá capacitar-se para delinear estratégias de informação. Comunga-se com a autora quanto à consideração que faz sobre uma dimensão da comunicação quando relembra que a escuta não se resume a ouvir, mas sim ficar em silêncio, utilizar o olhar e o sorriso para oferecer afeto, abrindo caminho à exteriorização de sentimentos e à aceitação. Assim, se o profissional de saúde atende às dimensões da pessoa alvo de cuidados de uma forma holística vai conseguir perceber o outro na sua globalidade multidimensional, através da sua intervenção. Entende-se assim, que para comunicar más notícias não basta apenas “*olhar*”, mas sim “*atentar*” o doente através das suas experiências, das emoções que manifesta, comportamentos que adota e espiritualidade que emana, (Araújo, 2009).

Deve-se então, situar aqui a integração do “saber ser” do enfermeiro nesta área específica que diariamente, na sua realidade profissional, muitas vezes de forma inesperada tanto para ele, como para o doente e família sujeito a transplante de medula óssea, se vê confrontado com a necessidade de transmitir ou ajudar efetivamente a gerir uma má notícia.

Perceciono e reforço, neste segundo momento de ensino clínico, a necessidade de treino de competências comunicacionais já sentida no primeiro momento. Como diz Araújo (2009) os

profissionais de saúde mencionam dificuldade e um sentimento de inaptidão para lidar com dimensões relacionadas com espiritualidade, comportamentos e emoções do doente pelo que se mostra imperioso o estudo aprofundado da comunicação para melhorar a competência profissional nesta área de intervenção, seja incluído nos programas de ensino de formação base ou de formação especializada, institucional ou perpetuada pelo próprio profissional de saúde.

2) - Participação ativa nos cuidados inerentes à *família* e ao *doente* internado na unidade de transplantação medular que sejam alvo da *transmissão de más notícias* neste contexto específico;

Prestei cuidados individualizados ao doente oncológico e família submetido a transplante de medula óssea, com ênfase ao doente alvo de transmissão de uma má notícia, efetuando o registo escrito de interações de cuidados, procedendo à reflexão e à análise crítica das situações de cuidados como espelhado em (apêndice 3) para aprofundar competências através do treino na prática de cuidados para garantir a continuidade e qualidade de cuidados prestados, tracei objetivos, delinee estratégias de intervenção, procedi à sua avaliação e à análise crítica das intervenções. Procurei treinar as etapas do protocolo SPIKES, transpondo para a prática de cuidados todos os passos que se pudessem articular com cada situação em particular. Utilizei ferramentas de comunicação já apropriadas articulando-as e dando ênfase as etapas do protocolo SPIKES, nomeadamente no que respeita à preparação da entrevista e a escutar com empatia as emoções do doente, uma vez que são estas etapas em que como anteriormente mencionado, o enfermeiro pode encontrar total autonomia na sua intervenção.

Os enfermeiros são uma presença constante e são eles quem passa muito tempo, e em situações críticas, com os pacientes e famílias, ajudando-os a interpretar as *más notícias* e ouvindo as suas respostas emocionais a essas informações; são também os enfermeiros quem, no início de um mau diagnóstico, participa ativamente fornecendo informação e ouvindo o *doente* e a *família* (Malloy, Verani, Kelly, e Munévar 2010).

3) - Reflexão, análise crítica e registo de interações de cuidados orientados pelo ciclo de Gibbs tal como espelhado numa das reflexões selecionadas para apêndice deste relatório (apêndice 3), que demonstra como a filosofia de Benner se aplica na prestação de cuidados e que neste caso foi articulada com o protocolo Buckman.

Promovi espaços de partilha e reflexão sempre que se proporcionava, em momentos de maior disponibilidade e de pausa entre intervenções de enfermagem, sempre que oportuno introduzia o diálogo direcionando-o para o tema em questão. A atenção que dispensava durante a passagem de turno permitia-me captar aspetos multidimensionais relacionados com a temática em estudo, partilhar opiniões sobre necessidades de intervenção de enfermagem nesta área e ainda propor e delinear estratégias, tanto para os doentes que me eram atribuídos como para outros doentes através da sugestão de intervenções.

Mais uma vez recorro a excertos “únicos” de uma das reflexões selecionadas para apêndice (apêndice 3) deste relatório de modo a espelhar algumas das aprendizagens;

“(...) estava no ar uma “onda” de aflição e de desespero. O menino estava “descompensado” e já tinham feito tudo: conversar, acalmar, medicar e ninguém estava a conseguir conter a situação. A enfermeira que estava com a criança lançou-me um olhar suplicante, quase a chorar. Entrei no quarto, pedi discretamente para saírem à exceção do pai. Fiquei no quarto com o pai e com a criança inquieta, aos gritos, a pedir ajuda, repetindo que não conseguia parar. Pedia-nos desesperadamente para chamarmos os médicos, a psicóloga, a psiquiatra; foram contactados de imediato, mas demoraram algum tempo a chegar.”

Este adolescente tinha sido informado da notícia de *falência de enxerto*, e eu,

“Sabia que ele adorava combates de wrestling. Ao mesmo tempo, eu sabia alguns nomes dos cinturões dourados da modalidade. Fui-lhe massajando os pés muito devagar, pedi-lhe que me promettesse que era o herói daquele combate e disse-lhe para imaginar que estava em plena luta, no ring, e que estava quase a ganhar o combate. Durante algum tempo, fui dizendo: “Tu és o Jonh Sena e luta, luta, estás quase, quase a ganhar o combate, tu vais conseguir!”. Continuava a massagem e a repetição das mesmas palavras”.

O sofrimento do pai também não podia ser ignorado...

“O pai permaneceu quase sempre em silêncio, aflito. No início implorava baixinho: “Filho, faz o que a Enfermeira R. diz, ela vai ajudar!”. Quando o menino adormeceu chorou em silêncio. Sorri para ele e convidei-o a sair do quarto comigo. Mais uma vez, descemos até ao exterior do serviço para garantir a privacidade do diálogo. Enquanto fumava um cigarro confessou-me que também ele estava desesperado, que não podia pensar que o transplante não estava a resultar: “Queria tanto fazer dele um homenzinho...”.

Estes excertos ilustram por si só o tipo de *Más noticias* que constantemente fazem parte da realidade de uma UTM.

Malloy, Verani, Kelly, e Munévar (2010) ilustram o seu texto com alguns relatos que demonstrativos dos desafios comunicacionais que as enfermeiras enfrentam em contexto de cuidados. Os mesmos autores referem que uma efetiva e compassiva comunicação como sendo os alicerces dos cuidados de enfermagem.

Malloy, Verani, Kelly, e Munévar (2010) referem como aspetos inerentes a uma boa comunicação, factores de diferente ordem como sejam avaliações clínicas, atenção prestada a sintomas físicos e preocupações psicossociais, respostas a expressões de sofrimento e dor, reconhecimento de questões éticas e espirituais. Consideram os mesmos autores que, de forma a responder a estas necessidades, os enfermeiros que prestam cuidados devem estar treinadas com ferramentas comunicacionais.

A comunicação em enfermagem, mais do que algo que ocorre naturalmente é, como dizem Malloy, Verani, Kelly, e Munévar (2010), um complexo empreendimento que, como outros procedimentos da profissão, requer educação e práticas intensas. Como referem os mesmos autores, as necessidades de uma comunicação especializada é universal nos cuidados de enfermagem, mas adquire especial relevância durante períodos mais intensos, tais como doenças graves e em situações de cuidados terminais.

O registo escrito destas reflexões espelha uma pequena parte do meu percurso de aprendizagem e reforça a consciência e a confiança de que adquiri, como diz Benner (2001), ferramentas que me permitem uma maior atenção e capacidade de intervir eficazmente em situações semelhantes que venham a ocorrer no futuro. Existiram, obviamente, no decurso do ensino clínico e da minha atividade profissional, outros casos e situações que, em alguns aspetos, eu poderia comparar com este episódio específico. No entanto, e porque os contextos são sempre distintos, cada um revestiu-se da sua própria especificidade. O que importa aqui realçar é a importância de uma consciência efetiva sobre as ações e consequências das mesmas para o nível de perícia que atingimos (Benner, 2001). No entanto a mesma autora salvaguarda que um enfermeiro perito pode oscilar os seus níveis de perícia, não se mantendo constante, podendo em determinados aspetos alternar entre outros níveis dependendo dos contextos.

3.2.2. Refletindo sobre o percurso

Constatei que existem situações que se aproximam do que a literatura diz sobre *transmissão de más notícias*. Partindo do conceito de *má notícia* preconizado por Bukman (1992) como sendo qualquer notícia que altere de forma negativa a perspetiva de futuro e que implique mudanças nefastas no projeto de vida da pessoa. Verifiquei durante o meu percurso em ensino clínico que, como diz Araújo (2009), os profissionais de saúde referem a sua incapacidade em comunicar ou gerir uma má notícia, quer seja no que respeita a aspetos espirituais, comportamentais ou emocionais. O mesmo autor refere que os profissionais de saúde atribuem a esse facto a ausência de formação de base Araújo (2009). Durante este percurso de aprendizagem, foi também o que constatei no *dizer* dos profissionais de saúde da UTMO.

Espero que esta minha passagem tenha conseguido inquietar os profissionais no sentido de procurar conhecimento para aplicar no seu contexto profissional. Considero, no entanto, que este ensino clínico representou uma mais-valia porque me obrigou a um período de reflexão intensa no sentido de procurar e encontrar estratégias para ultrapassar as barreiras que me foram surgindo na prestação de cuidados de enfermagem especializada em oncologia em contexto de transplantação medular e por outro lado treinar estratégias que pretendia aprofundar.

3.3. Implementação do projeto: ensino clínico na UTM

Nesta terceira etapa, que corresponde à fase de implementação do projeto, regresso ao serviço onde havia sido desenvolvido o primeiro ensino clínico, uma vez que é aqui que desenvolvo a minha atividade profissional.

Foi nesta fase que dei seguimento ao treino de competências comunicacionais, concretizando assim o desejo e necessidade de formação prática e treino destas competências específicas na equipa multiprofissional. Quero salientar que todos os passos foram orientados e discutidos com a docente tutora do projeto de formação e a orientadora do ensino clínico. A duração deste ensino clínico foi de 112 horas.

3.3.1. Objetivos específicos

a) Continuar a atualização de conhecimentos na área da transmissão de más notícias baseada na mais recente evidência científica;

À semelhança das competências que fui desenvolvendo em ensinamentos clínicos anteriores, nesta fase do caminho percorrido, existia já um conhecimento acumulado e fundamentado em toda a pesquisa bibliográfica efetuada, que intensifiquei procurando obter evidência científica o mais recente e atualizada possível. Também na partilha de experiências entre pares continuei a desenvolver o diálogo e partilha de interações de cuidados, vivenciadas pelos membros da equipa multiprofissional na prática de cuidados, nomeadamente entre médicos, enfermeiros, psicóloga, psiquiatra que dão apoio à UTM.

Em momentos de pausa e de maior disponibilidade por parte da equipa, procurei individualmente ou em grupo, discutir reflexões de forma aprofundada, onde foram colocadas e discutidas questões pertinentes.

Pela riqueza da análise que consegui obter através dos registos de reflexão utilizando a orientação do ciclo de Gibbs, continuei a efetuar esta atividade e a partilhá-la com os pares.

Esta metodologia de trabalho permitiu uma análise detalhada e um autoconhecimento através de toda a aprendizagem de que me fui apropriando.

A articulação do conhecimento com a prática de cuidados de enfermagem pode ser constata na leitura de uma das reflexões selecionadas (apêndice 3). Para ilustrar a congregação das aprendizagens efetuadas cito novamente alguns excertos da mesma;

“Este menino estava preparado e tinha como expectativa um mês de internamento. Uma vez ultrapassado o período previsto, não conseguiu suportar e tudo se desmoronou naquele momento”.

“A enfermeira que estava com a criança lançou-me um olhar suplicante, quase a chorar.”

” Por sua vez o pai, enquanto fumava um cigarro confessou-me que também ele estava desesperado, que não podia pensar que o transplante não estava a resultar: “Queria tanto fazer dele um homenzinho...”

Estes excertos remetem-nos para uma interação complexa em que estão envolvidas diferentes dimensões e que são muito frequentes em contexto de uma UTM. Evidenciam o impacto emocional de uma má notícia neste contexto específico tanto no doente, como nos seus familiares, como no profissional de saúde menos experiente. Situações estas, com que os

enfermeiros se deparam e para as quais devem estar capacitados para responder de forma eficaz ao doente e família alvo de uma má notícia. Procurei intervir tendo em conta a complexidade da interação, estabelecer prioridades, articulando o saber apropriado com a experiência em contexto da prática de cuidados, fazendo uma análise detalhada. Se apelar à leitura da reflexão cuja análise crítica não se esgota no seu registo, uma vez que pode ainda ser analisada noutras dimensões, à luz do estudo das múltiplas componentes, que envolvem a temática *da transmissão de más notícias*. Esta reflexão espelha já, alguma perícia que ficou patente, quando efetuei a analogia com a filosofia de cuidados de enfermagem que norteou e fundamentou todo este percurso.

Fazendo uma analogia entre a interação vivenciada e a filosofia de Benner (2001) quando analisa a intervenção da enfermeira no que respeita à gestão eficaz de situações de evolução rápida, a mesma autora defende que a enfermeira experiente demonstra competência quando percebe de imediato um problema, quando faz a gestão das ocorrências agindo rapidamente, adequando as necessidades aos recursos existentes e quando identifica e assume os cuidados a prestar a um doente em crise até à chegada do médico.

Sustentando esta intervenção na filosofia da referida autora, verificou-se que a situação descrita se aproximou bastante do que é preconizado por Benner (2001), uma vez que tomei a meu cargo a situação, percecionando rapidamente o problema, dirigindo as intervenções de uma forma que considero apropriada, com recurso à comunicação empática, escuta ativa, massagem e imagética, contendo a situação de crise até à chegada da psicóloga e da psiquiatra, altura esta em que a situação já estava controlada.

Na experiência vivenciada estive atenta à enfermeira menos experiente, aos familiares e ao doente, mesmo consciente de que o plano de cuidados mental e espontâneo poderia não resultar. A este respeito Benner (2001) refere que o doente em que as situações de cuidados exigem intervenções rápidas tem “sorte” quando estas intervenções são dirigidas por uma enfermeira experiente evitando-se erros e intervenções inúteis. Transportando esta ideia de Benner (2001) para a presente reflexão, percebi de imediato o problema de ansiedade extrema em que a criança se encontrava, a ansiedade do pai e a necessidade de intervir perante o “pedido de ajuda” da enfermeira menos experiente.”

Refletindo sobre a complexidade da interação que descrevo parcialmente e compartilhada, pergunto-me se antes de iniciar este percurso formativo teria sido capaz de intervir com a competência necessária para tomar esta atitude da forma segura como o fiz?

Embora salvasse que de acordo com Benner (2001) os níveis de competência se encadeiam de certa forma em simultâneo consoante a situação com que somos confrontados, considero que nesta situação consegui atingir o nível de perita.

b) Implementar estratégias que permitam otimizar as competências comunicacionais em enfermagem oncológica no âmbito da transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular.

Atividades Desenvolvidas:

1) - Promoção de espaços de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora do ensino clínico e com outros elementos da equipa de enfermagem.

À semelhança do que vinha desenvolvendo em ensinamentos clínicos anteriores, sempre que considere oportuno promovi e provoquei momentos de reflexão onde se evidenciaram discussões sobre a importância de se estabelecer uma relação terapêutica, confiança, escuta ativa, uso do silêncio como ferramentas comunicacionais salientando o humanismo que deve estar sempre presente na atuação de qualquer profissional de saúde. Estes aspetos foram analisados criticamente numa das reflexões seleccionadas (apêndice 2).

c) Partilhar com a equipa multiprofissional os resultados obtidos nas respostas aos inquéritos aplicados na sondagem de opinião efetuada aos enfermeiros sobre a transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular;

Atividades desenvolvidas:

1) - Organização de uma sessão de informação à equipa multidisciplinar para análise e discussão dos resultados obtidos na sondagem de opinião através da aplicação de um questionário efetuado aos enfermeiros no primeiro ensino clínico, conforme o plano de sessão (Apêndice 4).

Verificou-se que os enfermeiros que trabalham na UTM constituem uma população muito jovem, sendo que 49% têm idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos. No que respeita à distribuição do grupo por anos de experiência profissional, a maioria dos enfermeiros (57%)

tem até 10 anos de experiência, sendo que desses, 9% têm até 5 anos. Quanto ao tempo de atividade profissional na UTM os dados revelaram que na sua maioria (61%) tem até 10 anos de serviço, mas da totalidade dos inquiridos, 44% já executam este trabalho há mais de 5 anos. Note-se, no entanto, que 30% dos enfermeiros têm uma experiência de mais de 15 anos no serviço.

Todos os enfermeiros consideram que existem “más notícias” no contexto de uma UTM. Das respostas obtidas emerge não houve grandes diferenças entre o que é considerado uma “má notícia” tendo sido referidas como tal, a falência de enxerto, a introdução de novas técnicas, a introdução de novos equipamentos e procedimentos terapêuticos, a complicações multiorgânicas/transferência para UCI, a alteração da expectativa face à alta e ao sucesso do tratamento, resultados laboratoriais (alterações no hemograma e ionograma), a notícia de recaída, existência de intercorrências (febre, infeção de cateter), o isolamento prolongado, a informação sobre diagnóstico e prognóstico, a alteração do regime de internamento, o esgotamento da oferta terapêutica/morte, impossibilidade de entrada de pessoa significativa no quarto, restrições severas inerentes ao processo de transplante e outros (Apêndice 5).

As resposta obtidas reafirmam a convicção de que na área da saúde não é fácil (des)construir o conceito sobre *más notícias*, uma vez que Pereira (2008) alerta para a tendência que os profissionais de saúde têm em identificar uma *má notícia*, baseados na maioria das vezes no significado que eles próprios lhe atribuem à luz do que pensam e do impacto que essa mesma notícia teria para eles, correndo assim o risco de desvalorizar aspetos significativos para o doente e para a família.

Quanto à segunda questão “ Como se sente quando tem que transmitir uma má notícia?” todos os enfermeiros referiram diferentes tipos de dificuldades (apêndice 6). No entanto a que emergiu em maior número das respostas foi a de “*gerir as reações emocionais do doente e da família*”. Buckman (1992), refere que a primeira reação do doente depois de receber uma má notícia é a *descrença*, sendo habitualmente expressa pelas seguintes afirmações: “*eu não acredito*”; “*estou a ter dificuldade em gerir toda a informação mas estou a tentar*”; “*não pode ser verdade*”. Desta forma o profissional de saúde deve compreender a dificuldade de aceitação da notícia não argumentando sobre os factos, mas sim respondendo a esta mesma dificuldade de acordo com a reação do doente. Segundo Buckman (1992), o *choque* é outra das reações emocionais que podem ocorrer e que dificultam a tomada de decisão por parte do

doente, sendo frequente este agir como autômato e ter dificuldade nesta fase em realizar tarefas simples. Este comportamento não deve ser visto como uma emoção em si, mas sim como um comportamento que indica ao profissional de saúde o grau e intensidade da emoção com a qual o doente é incapaz de lidar. O mesmo autor acrescenta que a *má notícia*, se promissora de impacto extremamente negativo, deve ser dada quando estiverem reunidas condições de suporte ao doente Buckman (1992). Neste caso, psicóloga, psiquiatra e enfermeiros experientes e disponíveis para intervir.

Quase todos os enfermeiros responderam que era importante receber formação no âmbito das *más notícias*, no entanto alguns salientaram a importância da partilha de informação em reuniões organizadas no serviço e a necessidade de sessões de treino de competências/*guidelines*/estratégias e outras ferramentas nestas áreas. Neste sentido Bonamigo e Destefani (2010), apontam como falha no processo de *comunicação de más notícias*, a falta de treino prático, o que se deve, segundo os autores a formação insuficiente sobre esta temática, sublinhando ainda que a aprendizagem é uma exigência, defendendo a dramatização de situações como estratégia facilitadora da aquisição de competências neste âmbito. Das temáticas mais referidas como importantes para as sessões de informação foram, a gestão de emoções na comunicação com o doente e família e o treino de competências comunicacionais.

Segundo Buckman (1992), para atingir estas competências o profissional de saúde deve identificar e conhecer os sentimentos, emoções e motivações dos membros da família mesmo que os seus desejos não possam ser satisfeitos.

A avaliação da sessão (apêndice 7), revelou sem exceção que os participantes, consideraram a sessão muito pertinente. Quanto às sugestões sobre aspetos a serem melhorados no futuro, doze participantes referiram a importância de as sessões virem a ser continuadas e replicadas a toda a equipa, à exceção de quatro elementos que apontaram o horário como dificuldade e os outros dois não responderam.

Mesmo na presença da minha tutora e da minha orientadora de estágio, o debate que se proporcionou no final da sessão, foi por si só um indicador muito positivo e revelador de como os participantes estavam já implicados, demonstrando grande envolvimento no projeto. Os contributos que deram, a atenção que demonstraram durante a exposição, as reflexões que

fizeram, nomeadamente no que respeita ao protocolo SPIKES, fazendo a analogia com situações da sua prática, e a avaliação da sessão, representaram também indicadores positivos que aumentaram a minha responsabilidade em continuar este percurso para além do percurso académico como já era minha intenção.

d) Dinamizar um grupo capacitado para orientar o treino de competências comunicacionais na área da transmissão de más notícias.

Considerou-se que a *dramatização* seria um bom suporte à boa prossecução da nossa atividade formativa. Socorremo-nos de literatura que pudesse corroborar esta técnica como válida o que é defendido por Bonamigo e Destefani (2010), que a destacam de entre as estratégias que podem ser utilizadas na “arte da comunicação das más notícias”

Atividades Desenvolvidas:

1) - Reunião com psicóloga clínica que dá apoio à UTM, com experiência em oncologia na área específica da *transmissão de más notícias*.

Tal como já foi referido esta profissional tem experiência e prática clínica em oncologia na área específica da transmissão de más notícias, constituindo uma mais-valia o ter aceitado com entusiasmo ser a moderadora deste grupo, onde também eu também me inclui e participei como formanda.

Esta atividade foi planeada para programar, agendar, estabelecer critérios de inclusão de participantes numa primeira fase e efetuar a sua convocatória com a devida antecipação.

Estabeleceu-se que estas sessões decorreriam em duas fases, numa primeira fase, num conjunto de quatro sessões a onze elementos, uma vez que para esta estratégia, não seria conveniente exceder este número de participantes para benefício da aprendizagem em termos de dinâmica de trabalho.

2) - Divulgação de 4 sessões de treino de competências comunicacionais para *transmissão de más notícias* à equipa multidisciplinar da UTM (apêndice 8);

Foi também elaborada uma convocatória e entregue individualmente com uma breve explicação sobre a razão da seleção dos participantes e para obter o compromisso de que iriam estar presentes os mesmos elementos nas quatro sessões. Foi também explicado que a razão se

prendia com o facto de garantir a progressão nas aprendizagens e para que pudesse manter o ritmo. Para não ferir suscetibilidades os restantes elementos da equipa foram informados que o critério de escolha para a primeira fase foi a escolha dos primeiros e dos segundos elementos da equipa bem como, a enfermeira chefe, eu e os médicos da UTM.

3) - Execução das 4 sessões de treino de competências (apêndice 9) orientadas por uma psicóloga clínica envolvida e dinamizada pela autora do projeto, com presença dos chefes e subchefes de cada uma das equipas de enfermagem e equipa multiprofissional (onze elementos).

Como já foi referido atrás, a *dramatização através da técnica de Role Playing* foi a técnica que sustentou as atividades formativas, sendo o objetivo, *teatralizar* um problema ou situação tendo em conta os resultados da sondagem de opinião efetuada. Desempenhando o papel de um dos atores integrantes na situação clínica, os nossos formandos entraram numa atividade de *role playing*, técnica que é considerada por alguns como sendo superior às apresentações teóricas (Bonamigo e Destefani, 2010). Segundo o mesmo autor, esta técnica representa um jogo de papéis em que o formando protagoniza o papel de outro profissional, doente, familiar, ou outros, com a intenção de ensino ou treino (Bonamigo e Destefani, 2010).

Ao longo das quatro sessões existiu pois, *simulação de papéis*, quer de *doentes*, quer de *profissionais de saúde* (enfermeiros e médicos). Considerou-se que seria pertinente que, na medida do possível, existisse sempre *troca de papéis*, ou seja, quem num primeiro momento desempenhou o papel de doente, numa segunda fase desempenhou o papel de médico e vice-versa.

Ao longo da dramatização existia, sempre que considerada necessária, a intervenção da psicóloga, no sentido de explorar as emoções subjacentes aos comportamentos e à atitude que deve ser dirigida para cada emoção e também no sentido de evidenciar aspetos que podiam ser conduzidos de forma diferente. No final de cada sessão a psicóloga fazia ainda a síntese de aspetos que considerara relevante serem discutidos, bem como o resumo dos principais aspetos tratados.

De entre os temas explorados durante as sessões interiorizamos aquilo, que no dizer de Twycross (2001), são os objetivos da comunicação: “ reduzir a incerteza; melhorar os relacionamentos; indicar ao paciente e sua família uma direção”. O autor fala-nos na sua obra

“Cuidados paliativos” (2001) sobre a importância de ser comunicado ao doente que independentemente do desenrolar da sua situação, o compromisso de nunca o abandonarmos.

Ao longo das sessões e simulações foi sendo experimentado os passos do Protocolo SPIKES sempre que se considerava oportuno.

Ficou patente o trabalho que se fez em relação às emoções primárias e básicas como sejam a *alegria*, o *medo*, a *raiva*, a *curiosidade*, a *repulsa* ou o *nojo*. Foi importante trabalhar a questão das emoções primárias, no sentido em que cada indivíduo ganhará se souber reconhecer a emoção que espontaneamente está subjacente às reações do doente e família e às suas próprias reações na *transmissão da má notícia*.

As expectativas relativamente à *dramatização* foram superadas. Os profissionais envolvidos na formação interiorizaram de tal forma o seu papel que, para minha surpresa, emergiram emoções como choro, reflexões posteriores que levaram a comparações com situações vivenciadas nas suas vidas pessoais e, acima de tudo, a sensação de uma grande compreensão e respeito pelo momento da *transmissão* de uma *má notícia*.

Embora inicialmente desenhada para ser ministrada à equipa de enfermagem, evidenciamos o interesse e participação excecionais que os médicos envolvidos demonstraram, o que vem evidenciar a importância da multidisciplinaridade na abordagem desta temática.

4) - Agendamento, em plano de formação, de sessões de treino de competências comunicacionais na transmissão de más notícias ao doente transplantado e família;

A periodicidade das sessões será mensal e decorrerá ao longo de um ano, o que totalizará doze sessões.

3.3.2. Breve reflexão

Embora nunca por enquanto seja precoce chegar a um número de sessões que consideremos “ótimo”, uma vez que se trata de uma temática inesgotável, consideramos que a finalidade do projeto se concretizou, na medida em que todas as situações são *únicas* e em que uma *má notícia* nunca pode ser transmitida ou vivida por dois indivíduos da mesma forma.

A verdade é que terminei este ensino clínico convicta que desenvolvi as competências delineadas para obter o título de enfermeiro especialista e o grau de mestre e que este projeto apenas consistiu no desbravar de uma longa caminhada.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Apesar de ter sido dado espaço a estas questões ao longo deste relatório, não posso deixar de refletir sobre as questões éticas na transmissão de más notícias. Neste contexto específico, posso afirmar que em toda a minha atuação emergiu a responsabilidade, de me manter atenta à vulnerabilidade da pessoa alvo de uma má notícia, enquanto princípio ético que segundo Neves se introduziu recentemente na nossa moral comum, termo este que no dizer do autor “exprime a suscetibilidade de ser ferido, implicitamente afirmando a fragilidade do ser a que se refere” (Neves, 2006, p.274).

Este conceito torna-se assim significativo no meu contexto profissional recaindo assim, sobre o profissional de saúde o dever de proteger o doente e família “vulneráveis” quando sujeitos, a uma má notícia. Esta proteção deve ser entendida na competência de enfermeiro quando aplica com rigor a comunicação/ informação tanto à *medida* do conhecimento científico, pratico e experiencial que detém, como à *medida* do conhecimento que tem sobre o doente, considerando sempre os princípios éticos da honestidade, autenticidade, autonomia e de respeito pela dignidade humana, vendo e respeitando acima de qualquer circunstância os direitos e a vontade do doente em primeiro lugar e da sua família, tendo sempre em consideração a unicidade da pessoa alvo de uma *má notícia*.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Ao encerrar este percurso, perpetua-se outro caminho que se aproxima já de algum nível de perícia, uma vez que se enquadra a *transmissão de más notícias* enquanto intervenção de enfermagem que deve ser tão rigorosa como qualquer outro procedimento associado à nossa profissão. Independentemente de existir uma componente que associaremos a comportamentos que podem ser vistos como “subjetivos” e/ou decorrentes de estados emocionais momentâneos e decorrentes do próprio processo de comunicação, a verdade é que sendo prática constante e quotidiana, devemos lidar com ela de modo o mais (in)formado possível.

A pesquisa bibliográfica efetuada e a experiência acumulada ao longo de vários anos, deixam poucas dúvidas de que a formação no âmbito da *transmissão de más notícias* deverá ser uma realidade na profissão de enfermagem. Sabendo-se que ainda está ausente de muitos dos currículos escolares acresce sobre nós, principalmente após a elaboração deste trabalho, a responsabilidade de tomar medidas que possam contribuir para a exploração, debate e discussões contínuas da temática. O inquérito aplicado, deixa como inequívoca, a necessidade de formação, de partilha de informação ou de treino de competências comunicacionais que os enfermeiros reclamam.

Confirma-se ao longo do trabalho que a necessidade de formação se torna mais premente, dada a sensibilidade do tema. Não existem na minha convicção, “receitas” sempre eficazes e certeiras. Vendo, a *transmissão de más notícias*, como uma intervenção de enfermagem, não se pode descurar que também ela possa ser passível de erros, “efeitos secundários” e “colaterais” e ainda intercorrências. Mas então, assim sendo, precisamos dotar-nos de “receitas”, “instruções” ou “técnicas” que possam minorar danos.

Entendemos então que a relação que o enfermeiro imprime nos cuidados ao doente, tal como nos diz Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale, Kudelka (2000) é vital para que no momento de transmissão de uma má notícia se possa estimar o seu impacto, sendo possível assim, oferecer intervenções ancoradas no conhecimento prévio e pautadas pela comunicação autêntica e honesta, que segundo Forte (2009) comunicar de forma honesta é como administrar uma terapêutica, devendo ser respeitada a dose prescrita, o horário e via de

administração, uma vez que se for administrada em dose sob terapêutica, não faz efeito e se ocorrer sobredosagem pode causar danos. Seguindo este registro, Forte (2009) refere que saber transmitir a verdade em “*doses certas*” é saber comunicar e que para saber qual é a “*dose certa*” para o doente é necessário compreendê-lo como uma pessoa que tem a sua história e que tem os seus medos e expectativas. O mesmo autor refere ainda que o caminho para essa compreensão é o diálogo e que para saber comunicar não se trata apenas de ter um dom inato, mas sim de uma habilidade que pode ser “*estudada e melhorada*” reconhecendo-se cada vez mais a sua importância nos cuidados de saúde (Forte, 2009). A comunicação em enfermagem apresenta-se como um processo dinâmico e flexível que flui e pressupõe acompanhar toda a interação de cuidados. Quase sem exceção, da comunicação mais ou menos competente depende a perícia e a qualidade da intervenção de enfermagem. Recorri à filosofia de Benner (2001), utilizando-a como norteadora em todo o desenvolvimento do projeto de formação, talvez por recorrer com muita frequência a memórias de interpretações de situações marcantes do quotidiano, da reflexão crítica e da criatividade usada em experiências anteriores. Adaptando-a à unicidade de cada pessoa alvo das minhas intervenções, o que de alguma forma, me leva a identificar com a leitura da sua obra a transposição de aspetos da sua narrativa para as memórias de situações marcantes da minha experiência de longos anos em enfermagem oncológica na área específica da transplantação medular e que talvez por isso me faça sentido tecer a filosofia de cuidados da autora com a minha necessidade prática de ser mais competente nesta matéria e por de alguma forma surgir no meu pensamento o relembrar do que nos diz logo no prefácio da sua obra “de iniciado a perito”. Quando afirma que se o enfermeiro demonstra uma “compreensão competente” de uma interação de cuidados vai fazer emergir uma intervenção mais aprofundada sem ter que necessariamente cumprir normas rígidas conseguindo como resultado, uma intervenção racional com interpretações de situações vivenciadas na prática que, se interiorizadas originarão intervenções de enfermagem racionais que respondam com competência às exigências de cuidados mesmo em situações que se desviem de situações padrão. Assim, sendo é aqui que se situa a perícia, uma vez que o perito em enfermagem flexibilizando-se, através de perceções, análise crítica, alto nível de julgamento clínico, consegue responder de forma eficaz mesmo em situações de exceção. No entanto a mesma autora salvaguarda que não defende o desenvolvimento da anarquia nos cuidados de enfermagem nem o incumprimento de regras ou técnicas básicas que coloquem em risco o doente alvo dos cuidados (Benner, 2001). Neste sentido socorremo-nos do

protocolo de Buckman para orientar a nossa intervenção na área temática da transmissão e gestão de más notícias junto do doente e família sujeito a internamento em isolamento protetor exigido para realização de transplante de medula óssea. Apesar de, como sobejamente descrito ao longo deste relatório, no que respeita à subjetividade inerente a uma má notícia e à flexibilidade de possibilidades de abordagem que se inscrevem neste contexto de intervenção.

Numa área sensível como a da oncologia, e neste caso concreto de transplante de medula óssea, os profissionais lidam diariamente com aquilo que eles próprios identificaram como sendo “más notícias”. Assim se entende, e afirmo-o convictamente, que deva existir um protocolo ou guia que oriente as intervenções e a formação dos enfermeiros neste âmbito. Foi utilizado, discutido e explorado neste percurso, o protocolo SPIKES. No entanto, a verdade é que a experiência dita que este pode ser adequado, enriquecido e completado com outros já existentes ou com especificidades que se possam adequar ao espaço/local/serviço onde as más notícias estão a ser transmitidas. Ou seja, os profissionais de saúde não podem por exemplo, ser rigorosos num passo que sugira que se isolem com os familiares para dar uma qualquer má notícia, se esse espaço, fisicamente, não existir. Não se pode esperar que o doente os ajude a traçar um plano terapêutico se não tiver condições físicas e psíquicas para isso. A forma como se transmite a *má notícia*, já que o doente não pode deixar de ser informado, deve ser feita de forma “*paliativa*”: não podendo a pessoa deixar de sofrer o impacto, que o seja de forma a que o mesmo seja o mais atenuado possível.

Este *cuidado*, esta lógica de não agir imprevisivelmente, pode enquadrar-se na *filosofia de cuidados* de Collière (2003) uma vez que no dizer da autora “cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida...estimular, desenvolver capacidades...manter, conservar, compensar o que não está bem” (Collière, 2003, p.134).

Transmitir uma *má notícia* não deve ser visto como um “simples” ato de comunicação, mas sim como “mais” um cuidado que se presta ao doente.

Crê-se que a experiência e o tempo de trabalho podem ser benéficos no momento da *transmissão de uma má notícia*, ainda que não seja “suficiente”. Vimos, através da análise dos questionários, que os enfermeiros mais maduros em idade ou com mais experiência identificam as mesmas “*más notícias*” e apresentam também “*dificuldades*” na transmissão

da mesma. Do contacto com a realidade e da observação que se fez, considera-se que estes terão, acima de tudo, mais experiência acumulada, mais casos “idênticos”, mais experiência em dar “a mesma notícia”, maior poder de antecipação sobre os comportamentos. Não deixam, no entanto, de sentir uma necessidade constante de validação dos comportamentos que têm. Uma formação, ajudá-los-ia a refletir, enquadrar e decidir algumas formas de *transmitir a má notícia*. Como diz Benner (2001), a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base as situações que já viveu, não tendo em conta considerações que considere “inúteis”. Ao mesmo tempo, a autora acrescenta que no caso dos cuidados de enfermagem, a perícia utilizada em tomadas de decisões humanas complexas é o que torna possível a interpretação das situações clínicas. Aplicamos este mesmo raciocínio à *transmissão de más notícias* e citamos a autora quando diz: “(...) os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (Benner, 2001, p.33). Que a implementação do projeto possa também ser vista como componente importante para a prática de enfermagem e o objetivo deste trabalho terá sido cumprido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aitken, H. H., Paldrön, T., Neto, I. G. (2004). *A DIGNIDADE E O SENTIDO DA VIDA Uma Reflexão sobre a nossa existência*. Lisboa: Pergaminho.

Araújo, M. M. T. (2009). A Comunicação No Processo de Morrer. In F. Santos (Editor). *Cuidados Paliativos Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (p. 209-221). São Paulo: Atheneu.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., Kelly F.- E. (2011 Junho). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA A Cancer Journal For Clinicians*. (1), 164-177. Acedido em 05-04-2013. Disponível em caonline.amcancersoc.org

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 câncer. *The Oncologist*, 5, 302-311. Recuperado em 05 Abril, 2013, de: <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/reprint/5/4/302>

Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=5rO_Lay4MhMC&printsec=frontcover&dq=How+to+break+badnews:+a+guide+for+health+care+professionals&source=bl&ots=gNT87N_6RD&sig=w2RgLzFmMNXU9H5snxihayUn19A&hl=ptPT&ei=VhcZTZD_II2r8QOIyrCDBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

Barreira, E. (2009). Enfermagem Oncológica: algumas reflexões. *Onconews*, (11), p. 4-5.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (From Novice To Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001).

Bonamigo, E; Destefani, A. (2010) – ***A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica*** . Revista de bioética. Nº18 (3).p 725-742. Acedido em 08-04-2013. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br7index.php/revista_bioetica/article/viewfile/596/602.

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Callegari, L. A. (2011). Aspectos Éticos e Jurídicos da Autonomia do Paciente Terminal. In F. Santos. *Cuidados Paliativos Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*. (201-214). São Paulo: Editora Atheneu.

Campbell, T. C., Carey, E. C., Jackson, V. A., Saraiya, B., Yang, H. B., Back, A. L., Arnold, R. M. (2010). Discussing Prognosis Balancing Hope and Realism. *The Cancer Journal* 16 (5) (p.461-466). Acedido em 05-04-2013. Disponível em: www.journalppo.com

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. F. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2.^a ed.). Loures: lusociência. (soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001).

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. (M. Abecasis, Trad.). (5.^a ed.). Lisboa: Lidel. (Promouvoir la Vie, 1999).

Corney, R., (Coord.) (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em Medicina*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi.

European Oncology Nursing Society (2005). *Core Curriculum European Oncology Nursing Society* (3a ed.). Bruxelas.

Estanqueiro, A. (2011). *SABER LIDAR COM AS PESSOAS Princípios da Comunicação Interpessoal*. (19.^a ed.). Lisboa: EDITORIAL PRESENÇA.

Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Sílabo, Lda.

Fallowfiel, L. & Jenkins, 2004). Communicating, sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet*, 363, 312-319.

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

Fonseca, E. (2008). DA APREENSÃO DO SENTIDO DA MORTE À NORMA ÈTICA DO MORRER. In Carvalho, A. S., Osswald W. (Coords). *Bioética* (p. 189-212). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fujimori, M., Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Sitematic Literature Review. *Jpn J Clin Oncol*, 39 (4), 201-216. **DOI:** 10.1093/jjco/hyn159.

Hesbeen, W. (2000). CUIDAR NO HOSPITAL: *Enquadrar os cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de cuidar*. (M. Ferreira, Trad). Lisboa: Lusociência. (PRENDRE SOIN À L'HÔPITAL: Inscrire Le Soin Infirmier Dans Une Perspective Soignante, 1997).

Ignacio, M. G., Favarin, R. N. (2010 Janeiro, Fevereiro e Março). Más Notícias: Uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de cancer. In *Boletim Eletrônico SBPO*. 2, (1). Acedido em 07-04-2013. Disponível em:

www.sbpo.org.br/boletins_arquivos/ano_vII_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf

Kaplan, M. (2010) Spikes: A Framework For Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (4). **DOI:** 10.1188/10.CJON. 514-516.

Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. Otto. *Enfermagem em Oncologia* (p. 677-704). Loures: Lusociência.

Lazure, H. (1994). *Viver A RELAÇÃO DE AJUDA* abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. (VIVRE LA RELATION D'AIDE..., Trad.). Lisboa: LUSODIDACTA.

Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 40-43. Acedido em 06 Abril, 2013, de:

<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304114303859489.pdf>

Lizarra, S., Ayarra.M. (S. d.). *Más Noticias e Apoio Emocional* (L. Duarte, Trad.). Navarra: [s.n].

Lopes, A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão de luto*. Coimbra: Formasau.

Magalhães, J. C. (2005). COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS – Transmissão de más notícias. *Servir*, Vol. 53, 5, 219-225.

Malloy, P., Verani, R., Kelly, K., Munévar, C. (2010). Beyond Bad News Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice And Palliative Nursing*, 12 (3), 166-173.

Marck, J. W., Wolf, J., Grier, H. E., Cleary, P. D., Weeks, J. C. (2006). Communication About Prognosis Between Parents and Physicians of Children With Cancer: Parent Preferences and The Impact of Prognostic Information. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (33), 5265-5270.

Martim, M., Sancho, M. (2004) CÓMO TRANSMITIR LAS MALAS NOTICIAS. *Bió cancer*. 1, 1-10.

Matos, P., Pereira, M. G. (2005) – *Áreas de Intervenção na doença Oncológica – O doente oncológico e a sua família*. (2.^a ed). Lisboa: Climepsi.

Mourão, E. M. M. O. (2007). *Qualidade de vida do doente submetido a transplante de medula óssea*. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Neves M. P. (2006). Ética e experimentação humana: novas vulnerabilidades. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (coords). *Revista Portuguesa de Bioética* . 42 (p. 269-283). Lisboa: Gráfica de Coimbra 2.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. (SCICE). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e paliativa. Lisboa : Ordem dos enfermeiros. Acedido em 18-07-2012 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.

Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Trad.). (3.^a ed) Loures: Lusociência.

Parker, P. A., Aaron, J., Baile, W. F. (2008). Breast Cancer: Unique Communication Challenges and Strategies to Address Them. *The Breast journal*, 15 (1), 69-75.

Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão de luto*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (salgueiro, N., Salgueiro, R., Trad). Lisboa: Lusociência

Querido, A., Salazar, H., Neto (2006). Comunicação. In: Manual de Cuidados Paliativos. 2.^a ed. (p.461-486). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Reis, J. C. (s.d.). *Aptidões de comunicação e de relação para profissionais de saúde*. (DVD). [S.I.]: NOVARTIS oncology, DVD 1. 59:17 min.

Reis, J. C. (s.d.). *Introdução à comunicação das más notícias*. (DVD). [S.I.]: NOVARTIS oncology, DVD 2. 21:23 min.

Rogers, C. (2011). *O Poder Pessoal Da realização à capacitação em busca da excelência*. (C. Alberto, Trad.). Lisboa: Padrões Culturais (On Personal Power – Inner and Revolutionary Impact, 1977).

SFAP-Colégio de Cuidados de Enfermagem - Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos <<Cuidar>>: ética e práticas*. Lisboa: Lusociência.

Sancho, M. G. (1998). *Como dar las malas noticias en medicina*. Madrid: ARÁN EDICIONES, S. A..

Thistlethwaite, J. (2009). **Breaking Bad News — Skills and Evidence**. *InnovAit: The RCGP Journal for Associates in Training*, 2 (10), 605-612. **DOI:** 10. 1093/innovait/inp133

Thorne, S. E., Hispol, T. G., Armstrong, E. A., Oglov, V. (2008). Cancer Care Communication: The power to harm and the power to heal. *Patient Education and Counseling*, 71, 34-40. Acedido em 05-04-2013. Disponível em: www.elsevier.com/locate/pateducou.

Trice E. D., Prigerson, H. G. (2009). Communication In End-Stage Cancer: Review of the Literature and Future Research. *Journal of Health Communication*, 14, 95-108. **DOI:** 10.1080/10810730902806786.

Twycross, R. (2001). Cuidados paliativos. (J. Almeida, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI. (Introducing Palliative Care, third edition., (1999).

Wittenberg, L., Elaine, P., Goldsmith, J., Ragan, S. L. (2010). The COMFORT Initiative: Palliative Nursing and the CentralitY of Communication. *Journal A-Z > Journal of Hospitice Palliative Nursing* 12 (5), 1-11.

APÊNDICE Nº1: Questionário para sondagem de opinião



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica:
Opção Enfermagem Oncológica**

Transmissão de más notícias em contexto de UTM

Sondagem de opinião

**Docente Orientadora:
Antónia Espadinha**

**Discente:
Rosália Palma Pires**

Outubro de 2011

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização Médico-Cirúrgica: Opção Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, selecionei como área prioritária o desenvolvimento de competências na área de transmissão de más notícias por ser uma temática que requer competências específicas de comunicação e por, tal como eu, outros colegas partilharam esta preocupação.

No sentido de contribuir para a melhoria de qualidade de cuidados nesta área específicas na UTM decidi auscultar a opinião de cada um dos elementos da equipa face a esta problemática.

Ficam garantidos o anonimato e confidencialidade no tratamento dos dados obtidos através deste método de recolha. As respostas obtidas serão apenas utilizadas para fins académicos e para planeamento de sessão de informação no serviço, no intuito de dar resposta a eventuais necessidades da equipa nesta área.

Agradeço, desde já, a disponibilidade demonstrada para colaboração desta pesquisa.

Rosália Palma Pires

Há quantos anos exerce a profissão? _____

Há quantos anos trabalha na UTM? _____

1- O que é para si o conceito de má notícia no contexto de um percurso de transplante de medula óssea?

2- Como se sente quando tem de transmitir uma má notícia?

3- Considera uma mais valia obter formação no âmbito da transmissão de más notícias?

4- Quer deixar alguma sugestão?

Obrigada

APÊNDICE Nº2: Reflexão nº 1



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica:

Opção Enfermagem Oncológica

REFLEXÃO CRÍTICA N.º 1

Docente Orientadora:
Antónia Espadinha

Discente:
Rosália Palma Pires

Lisboa, Novembro 2011

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre a interação vivenciada na prática, permite ao profissional tomar contato com os seus pensamentos e sentimentos de modo a reconhecer os aspetos positivos e negativos de forma a encontrar sentido na ação desenvolvida, promovendo a compreensão do que ficou em aberto para que, no futuro face a uma situação semelhante possa melhorar a qualidade dos cuidados que oferece. Trata-se de um exercício indispensável para integrar saberes teórico/práticos.

Neste sentido Collière (2003), apela para a construção do saber através da experiência prática nas interações de cuidados, referindo que a partir da interrogação sobre os cuidados necessários em paralelo com o conhecimento científico clarifica a intervenção do enfermeiro.

Com a presente reflexão procuro descrever uma experiência, explicitar a ação desenvolvida descrevendo a razão e sentidos atribuídos à mesma, de forma a consciencializar sentimentos, medos e anseios associados, e a interiorizar estratégias de autorregulação para um desempenho mais eficaz e de maior satisfação no futuro.

Assim, para realizar uma análise crítica da situação irei sistematizar o processo narrativo da reflexão em 6 etapas, segundo o Ciclo de Gibbs: descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Pretendo narrar uma experiência marcante, repleta de inquietações, questionamento, onde emergiram sentimentos, que se impuseram pela incerteza de estar a fazer o melhor.

Trata-se de uma interação curta entre mim e uma doente sob o impacto muito recente de uma notícia de recaída de uma doença oncológica, após 2 anos de transplante alogénico.

Bonamigo e Destefani (2010) refere-se ao valor da vida humana como um bem inestimável e que qualquer insulto à saúde da pessoa altera abruptamente e de forma nefasta a expectativa relativamente ao futuro, uma vez que as doenças consideradas graves não têm lugar no projeto de vida do indivíduo. Acrescentando que o momento e o modo como se transmite a informação desta natureza, revelam ser das intervenções mais difíceis para os profissionais de saúde, bem como fulcrais para a sua aceitação, que nunca é imediata por não estar prevista

pelo doente. Assim sendo, tanto o conhecimento científico como o conhecimento humanista devem estar sempre presentes na comunicação.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A reflexão surge quando a Ana foi readmitida na unidade de transplantação medular (UTM), por falência de enxerto e por suspeita de recaída de doença, que se confirmou após alguns exames complementares de diagnóstico.

A doente tinha realizado alotransplante não relacionado há cerca de dois anos. Durante esse período recuperou valores hematológicos dentro do limite esperado, teve alta ao dia +30, ficando bastante dependente do Hospital de dia por varias complicações clínicas.

Passados dois anos, quando tinha recentemente retomado a sua atividade profissional, iniciou quadro de astenia, tosse persistente e alterações significativas no hemograma. Por debilidade física e por forte suspeita de recaída de doença, recorre ao hospital. Foi admitida na UTM por carência de vaga no serviço de hematologia e a seu pedido.

Após resultado de medulograma e de quimerismo confirma-se a falência de enxerto e a recaída de doença oncológica.

Trata-se de uma mulher jovem, independente, inteligente, bonita, com cerca de 30 anos, casada, com dois filhos menores, um rapaz de 10 anos e uma rapariga de 6 anos. Advogada de profissão.

Quando recebi o turno, foi-me transmitido que a Ana parecia arrogante e zangada, para além do seu estado físico muito debilitado, pela anemia, trombocitopenia e leucopenia graves e que o médico tinha planeado transmitir a notícia de recaída de doença quando a Ana, nesse mesmo dia recebesse a visita do marido. O marido sempre a acompanhou, mostrando-se presente. Pareciam muito cúmplices e a viver em união mais esta adversidade que se adivinhava.

Antes de entrar no quarto tentei preparar-me mentalmente para eventuais respostas agressivas ou para possíveis silêncios dolorosos e prolongados.

Entrei no quarto de isolamento cumprimentei-a. Continuava muito bonita, de olhar intenso e triste, sempre arranjada e cuidada. Fui encontrá-la prostrada, com astenia intensa, em pé,

apoiada com muito esforço no lavatório do quarto. Entrei, preocupada com o risco de queda e hemorragia na tentativa de minimizar eventuais riscos.

Perguntei-lhe se a poderia ajudar, respondeu que tinha sujado a roupa e que não a queria mandar assim para a empregada, ao que lhe disse para não se preocupar, uma vez que tentaria junto da equipa ajudá-la a solucionar o problema. Auxiliando-a a sentar-se, perguntei-lhe como se sentia, ao que respondeu exausta, **“quando volto a ser mãe dos meus filhos?”** Fiquei em silêncio sem palavras. Olhei-a nos olhos, peguei-lhe na mão, eu não tinha a resposta... Logo que consegui disse-lhe que me parecia estar muito preocupada. Respondeu com revolta que estava cansada, cansada do hospital e agora que parecia estar a retomar alguma normalidade, tudo parecia ameaçador e que já imaginava qual seria o desfecho, que planeava ir passar uns dias com a família ao Algarve, juntando os feriados com o fim de semana e que estava condenada a não fazer planos, não voltaria a fazer planos, que as crianças há dois anos que não usufruíam da família e que provavelmente nunca mais poderiam contar com isso. Esperei que terminasse, fiquei um pouco em silêncio (desta vez consciente), tendo perguntado de seguida: Disse que imagina o desfecho?

Ao que respondeu, que quando viesse a médica, tinha a certeza que esta lhe diria que a doença tinha voltado e com a agravante de não ter “defesas”, mas que estava confusa e que na verdade nem sabia bem o que estava a dizer. Neste preciso momento entra no quarto o marido e a médica, que acompanhava a Ana desde o início do seu percurso de doença oncológica. Esta médica, à semelhança do que tinha acontecido outras vezes tinha pedido previamente para eu a acompanhar durante a conversa com a doente, pelo que permaneci sentada no quarto, onde já me encontrava.

A conversa iniciou-se com a Ana a perguntar de imediato se já tinha novidades para lhe dar. A médica em pé de braços cruzados iniciou a conversa referindo pausadamente, em tom baixo, que já tinha em seu poder os resultados dos exames realizados e que infelizmente as notícias não eram as melhores uma vez que a doença voltava a manifestar-se.

A Ana respondeu de imediato, aparentemente com um misto de raiva versus tristeza, que já sabia. O marido por sua vez não verbalizou uma única palavra, mantendo-se estático junto da Ana. Por sua vez a médica, após uma pequena pausa, reiniciou o discurso, dizendo que o que tínhamos a oferecer era um novo ciclo de quimioterapia e que se tudo decorresse como o

esperado, se concorda-se pesquisava-se um novo dador a fim de realizar novo transplante, que pela sua experiência e por resultados de estudos recentes, seria na sua perspectiva a melhor solução para ela. Terminou dizendo que lamentava ter que lhe dar esta notícia, que gostaria de ter outras notícias para lhe dar mas que se encontrava disponível para responder a todas as questões que lhes surgissem, mas que pelo que conhecia da Ana parecia-lhe que precisavam de ficar sozinhos mas que estava de urgência e que se assim o entendessem a poderiam chamar porque viria falar com eles. A médica afável e aparentemente segura esperou um pouco, despediu-se e saiu do quarto.

Continuei sentada junto da Ana e do marido num silêncio desconfortável para mim. O marido abraçou-a, dizendo-lhe “*Vamos ultrapassar*”.

A Ana moveu-se ligeiramente e olhando para mim, com raiva, desespero, paralelamente implorando ajuda, perguntou, “*O que é que eu faço meu Deus?*”

Depois de novo silêncio verdadeiramente mais curto, respondi-lhe olhando-a nos olhos, “*não está nas suas mãos*”, e que, sabia que tinha inteira confiança na sua médica, que eu tinha a certeza que a proposta de tratamento que lhe tinha sido feita, era a melhor para ela, e por fim, que me parecia natural que estivesse preocupada. Logo que consegui disse-lhe também, que era uma mulher jovem e que se esperava que o tratamento resultasse, que se faria tudo o que está ao alcance da medicina, na esperança de uma remissão da doença, que se conseguisse deveria manter a esperança, que pensava que a compreendia, que eu própria acreditava, que se tratava de um momento difícil, longo e doloroso em que qualquer ser humano precisa de tempo para se adaptar mas que gradualmente, pela já longa experiência e pelo que conhecia da Ana tudo o que naquele preciso momento parecesse não ter solução retomaria gradualmente a normalidade no futuro, reforçando que tudo o que esperávamos e acreditávamos era que o tratamento resultasse. Tudo faríamos para a acompanhar e ajudar a ultrapassar mais esta contrariedade à semelhança do que tinha acontecido há dois anos atrás.

Ficou pensativa, o marido continuava em silêncio, afagando-a discretamente.

Naquele momento senti que deveria dar espaço aos dois, um pouco depois levantei-me e dirigindo-me para a porta disse que os deixava sozinhos mas que (sorrindo levemente) estava sempre ali, apontando para o Hall dos quartos, local esse bastante próximo do quarto.

Nitidamente estava aflita, desesperada e pelo tom de voz e expressão facial, percebi que estava ainda em fase de alguma revolta/não aceitação.

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Torna-se inevitável a lembrança das reações entre pares sobre as eventuais características pessoais da Ana, ao que me lembro de ter pensado "vamos ver se é mesmo assim" e "a doente deve estar zangada pela notícia que acabou de receber mesmo não tendo ainda a certeza, não será connosco,". Talvez tenham sido estas reações que me ajudaram a ficar ainda mais disponível para a Ana e a preparar-me para a interação desejando estar com ela, sendo que este aspeto nos remete para algumas das estratégias de comunicação que devemos adotar. Desde o internamento, há dois anos atrás, sentia empatia por esta mulher. Lembro-me de ter pensado que se tratava de uma mulher inteligente, bonita, com uma família organizada, corria risco de vida e que de facto a sua "arrogância" não era mais que um misto de medo e revolta. Inevitavelmente coloquei-me no lugar dela, também eu tinha dois filhos, uma família, uma profissão, cheia de projetos, se fosse comigo?

Senti necessidade de a proteger e sempre que os colegas demonstravam algum desgaste, mesmo que não me estivesse atribuída em plano de distribuição de trabalho, disponibilizava-me para a cuidar.

Grande parte dos elementos da equipa são ainda muito jovens, pelo que atribuo a este aspeto, assistir com alguma frequência a estas reações que me suscitam inquietação, questionamento e reflexão sobre as razões que as motivam. Tento ser cuidadosa, expondo calma e cuidadosamente a minha posição na tentativa de suscitar a reflexão e o debate. Por vezes estas reações justificam-se pelo medo, insegurança e defesa dos profissionais. Mesmo assim, não fico indiferente a este tipo de atitudes.

A compaixão foi igualmente um sentimento experimentado, pelo estado de debilidade em que se encontrava, pelo seu sofrimento evidente, por ser jovem, mãe de dois filhos, pelo prognóstico reservado, enfim pela incerteza de toda a situação.

Sabia que se tratava de uma mulher independente, pelo que todo o auxílio que necessitava nas atividades de vida diária aumentavam a revolta em que se encontrava, bem como o meu

desconforto e angústia, questionando com alguma frequência, como deveria ser difícil para esta mulher aceitar ajuda nas atividades mais íntimas e banais no quotidiano de uma pessoa saudável.

Senti vontade de a proteger dos colegas que não lidavam bem com a fase que a Ana estava a vivenciar, gostava de cuidar dela, dia a dia aprofundámos relação, era de facto uma mulher superior, sensível, uma mulher de "garra", talvez essa "garra", lhe tenha conseguido dar força para conviver com a sua doença e com a sua dependência de tratamentos no período pós transplante durante 2 longos anos.

Fiquei muito aflita e emocionada quando, exausta, me perguntou: ***“Quando volto a ser mãe dos meus filhos?”***

Aflita por não ter uma resposta para lhe dar e emocionada porque também eu tinha filhos pequenos e era impensável suportar o facto de estar distante e incapaz de os cuidar por doença.

Passado algum tempo de reflexão, penso ter sido positivo ter feito esta pergunta, consegui exteriorizar uma preocupação e manifestar o meu desespero. A minha atitude, sem me ter apercebido na altura, contribuiu para que colocasse a questão, que imagino, que soubesse, que nenhum membro da equipa lhe sabia responder claramente.

O facto de me ter emocionado, de a ter olhado nos olhos, de lhe ter pegado na mão, foi verdadeiro e autêntico, na minha perspetiva não deixa de ser uma forma de comunicação não-verbal que demonstrou estar solidária com o seu sofrimento.

O facto de me ter perguntado ***“quando volto a ser mãe dos meus filhos?”***, motivou a introspeção e a vontade de a ajudar, através da minha intervenção, a questionar se a minha atitude perante a interação teria sido a melhor e de que forma a poderia ajudar a ultrapassar, ou minimizar o seu sofrimento. Para isso apenas me ocorreu, ***“só sei que nada sei”***, assim, a necessidade de aprender, através de leituras e de conversas informais com a psicóloga de apoio à UTM, seria o único caminho a seguir.

A atitude da médica pareceu adequada, no discurso, no entanto, o facto de estar de pé e de braços cruzados causou-me algum incómodo, bem como a sua saída, que me pareceu um pouco rápida, levou-me a pensar que ela própria se sentia pouco segura e desconfortável.

A minha atitude após a transmissão da informação médica, causou em mim a grande dúvida se teria sido a mais correta e a necessidade de perceber como melhorar a minha intervenção perante a doente, o marido e em situações semelhantes no futuro.

AVALIAÇÃO

Considero como fatores positivos e facilitadores da aprendizagem o facto de me ter inquietado com as reações entre pares, o que fez reforçar em mim a necessidade de formação na área da comunicação de más notícias, bem como aumentar o desejo, de no futuro, trabalhar em equipa multidisciplinar, na tentativa de me tornar mais competente, servindo eventualmente de suporte para a equipa para em conjunto melhorar competências nesta área de atuação, tendo como objetivo central aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes internados na UTM.

A relação terapêutica que consegui estabelecer com a Ana no primeiro internamento foi igualmente facilitador, de modo a planear intervenções de enfermagem direcionadas às suas necessidades de cuidados. Neste sentido, Thistlethwaite (2009) refere que uma relação continuada promove empatia e cuidados holísticos, e que, quando existe conhecimento prévio sobre o doente, a comunicação é mais fácil, acrescentando ainda que o conhecimento prévio permite ao profissional de saúde preparar-se antecipadamente para a interação e para explorar os sentimentos e preocupações do doente, aumentando assim o nível de satisfação com a relação que se estabelece. (Thistlethwaite, 2009)

O facto da médica me ter solicitado para a acompanhar demonstra uma evolução, que abre caminho para trabalhar em equipa multidisciplinar aspetos comunicacionais sobre esta temática no futuro, bem como eu ter tido conhecimento da forma como foi transmitida a informação, o que facilita a congruência de intervenções de enfermagem futuras, permitindo a transmissão da informação entre pares, na tentativa de garantir a continuidade dos cuidados prestados.

A empatia com a Ana perante o seu sofrimento, surge natural e autêntico, o que pelos aspetos da comunicação não-verbal me fazem acreditar que sentiu que eu estava disponível e solidária com o seu sofrimento.

Os aspetos negativos e inibidores foram o fato de me parecer, por vezes lidar com algum desconforto com “os silêncios”, pelo que pretendo apropriar-me de conhecimento e treino para melhorar intervenções futuras.

A incerteza, perante as perguntas que lhe coloquei, pelo meu próprio discurso, a dúvida se o momento em que saí do quarto era o momento certo e a intervenção junto do marido foram aspetos que pretendo estudar e melhorar no futuro.

Quando me perguntou quando voltaria a ser mãe dos seus filhos, fiquei como anteriormente referido um pouco aflita, sentindo-me obrigada a responder, sem saber o que dizer. O que a doente certamente percebeu, pois a comunicação não-verbal, não engana, no entanto independentemente de o ter percebido, sinto que este momento foi o ponto de partida para reiniciar uma relação terapêutica neste internamento. Da mesma forma que a comunicação não verbal num primeiro momento de interação pode não ter sido facilitador, porque eu não esperava a pergunta. Sinto por outro lado que entendi plena e profundamente por que razão me colocava a questão, pelo que estou certa que percebeu que estava solidária com o seu sofrimento e que a compreendia. O facto de me ter sentado e de lhe ter pegado na mão, sem ela a ter retirado. Penso serem aspetos que confirmam o meu sentimento.

ANÁLISE

Início a análise com a primeira inquietação que surge no momento da readmissão sob impacto da incerteza sobre a possibilidade de recaída de doença. Quando me referiram que a Ana era uma pessoa arrogante e mal educada comparei com outras situações da prática com a reação de alguns doentes sob o impacto de diagnóstico de doença oncológica. Para Otto "o significado do período inicial do diagnóstico não pode ser subestimado (...).É particularmente importante abster-se de rotular uma resposta particular como anormal ou desajustada." (Otto, 2000, p.894).

O facto de sentir que a deveria proteger deste tipo de afirmações, embora estivesse certa de que não as fizessem diretamente, mas pelo receio de que pelo fato de o estarem a sentir, ser inevitável a Ana sentir alguma hostilidade através da comunicação não-verbal tal como nos refere Estanqueiro (2011) quando afirma que "É impossível não comunicar. Qualquer pessoa, mesmo em silêncio, comunica com o corpo, sobretudo com as mãos e com o rosto." (Estanqueiro, 1992). Na tentativa de fundamentar esta afirmação o mesmo autor relembra

uma frase de FREUD quando este concluiu que "Aquele que tem olhos para ver e ouvidos para ouvir convence-se que os mortais não podem esconder segredo algum."

Para além de estar empenhada em acolher da melhor forma a Ana, estas reações da equipa deveriam ter sido trabalhadas com seriedade, através de reuniões multidisciplinares, com discussão de casos, treino de competências comunicacionais através de rol play ou de outras estratégias, com o objetivo de desenvolvimento pessoal e profissional, otimizando assim a qualidade dos cuidados prestados, melhorando a oferta de intervenções de enfermagem de forma a responderem às exigências da doente. Importa referir que a Ana se encontrava numa fase de revolta e que segundo Twycross:

a cólera pode ser uma reação de média duração apropriada ao diagnóstico de doença grave.(...) se a cólera estiver deslocada ou se for projetada para a família ou para os profissionais de saúde, tende a alienar aqueles a cujo cargo se encontram os cuidados. (...) pode interferir com a aceitação das limitações e impedir o paciente de se adaptar de forma positiva (...). (Twycross, 2001, p.48)

É natural que a Ana tivesse demonstrado esta reação, pois ao longo de todo o percurso anterior, nunca aceitou a sua doença, o que comprometeu a sua adaptação, pelo que através das suas reações demonstrava, por vezes alguma agressividade, revolta, cólera, ansiedade e depressão. Na minha perspetiva se os enfermeiros aumentarem a sua formação nesta área, compreenderão melhor as reações do doente, o que evita a fuga e promove o planeamento de intervenções de enfermagem que respondam de forma eficaz às necessidades da pessoa.

Quando lhe perguntei como se sentia, permiti que verbaliza-se uma preocupação, neste sentido e, segundo Gask (2000) os profissionais de saúde devem sentir segurança na forma como iniciam a abordagem ao doente, devendo apresentar-se, tratar o doente pelo nome e continuar a entrevista colocando perguntas abertas do tipo *“como está?”* e *“em que posso ajuda-lo?”*, olhando para o doente, o que permite um contato direto, fazendo-o sentir que estamos disponíveis para o ouvir. A mesma autora sublinha três perícias básicas da comunicação para prosseguir a entrevista: Ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos. Sendo que ouvir nos permite, obter pistas sobre preocupações ou sentimentos do doente. No que respeita a observar o tipo de *“deixas”* vocais e não-verbais, auxilia o profissional de saúde a perceber também as preocupações do doente.

Por fim devemos estar atentos aos sentimentos que o doente nos provoca, uma vez que ao tomar contato com eles ajuda-nos a perceber com maior clareza a pessoa alvo dos nossos cuidados.

O interesse por melhorar competências na área da transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular surge, pelos longos anos de experiência profissional em que estas, são uma constante no meu quotidiano profissional e como anteriormente referi, pela necessidade de melhorar competências nesta área para oferecer cuidados de qualidade, capacitando-me na tentativa de posteriormente poder utilizar o conhecimento de que pretendo apropriar-me, para capacitar os pares. Segundo Martim e Sancho (2004), não existe uma fórmula para transmitir más notícias, acrescentando que não existe uma maneira única para o fazer. Nenhum profissional de saúde o transmite de igual forma a todos os seus doentes, uma vez que cada doente é único e diferente. A experiência profissional, o seu saber, o conhecimento de técnicas de comunicação, a sua bagagem cultural, as suas crenças, valores e sentimentos perante a vida, serão as suas únicas ferramentas que pode utilizar para enfrentar esta delicada tarefa.

Buckman (1992) identifica a assimetria entre o profissional de saúde e o doente/família, uma vez que à partida o profissional de saúde é detentor de informação que o doente/família desconhece. Desta forma o técnico de saúde deve acrescentar ao seu objetivo de transmitir a má notícia a preocupação com as reações da pessoa e família após a transmissão da informação, sendo que estas reações constituem uma necessidade de intervenção prioritária. Este autor sublinha que o momento em que é transmitida a má notícia deve contemplar não só a transmissão da notícia como ato único de informar, mas que deve ser sempre acompanhado de diálogo terapêutico entre o profissional de saúde e o doente/família.

Buckman (1992), elaborou um protocolo de transmissão de más notícias para profissionais de saúde, denominado de protocolo **S-P-I-K-E-S**. Este documento, defende seis etapas orientadoras para esta difícil intervenção:

1. **Seting** – Preparar a entrevista;
2. **Perceting** – identificar a perceção da pessoa face à sua situação;
3. **Invitation** – identificar o que a pessoa quer saber;
4. **Knowledje** – transmitir a informação;

5. *Empathy* – responder com empatia às emoções da pessoa;
6. *Strategy and Summary* – planejar acompanhamento futuro.

Na interação descrita, a primeira etapa do protocolo “setting” foi preparada por mim, mentalmente, sendo facilitador o facto de haver um conhecimento anterior sobre a doente e a relação empática pré-existente. Bukman (1991), salienta, na primeira etapa do protocolo a importância da empatia, a atenção com a escolha do local no sentido de garantir a privacidade e de minimizar interferências na transmissão e receção da informação bem como, a escolha pelo doente de um familiar ou amigo para o acompanhar no momento da transmissão da má notícia.

na segunda etapa “Perceting”, consegui perceber através da sua expressão facial, postura corporal e discurso, alguns dos seus receios e preocupações relativamente aos filhos e que o medo, a revolta e alguma descrença foram as respostas emocionais que sobressaíram. Bukman (1992), menciona que esta etapa se baseia no conhecimento que o profissional de saúde tem sobre as percepções do doente no que respeita à sua doença e gravidade da mesma. Mais uma vez o conhecimento prévio e a relação estabelecida anteriormente foram elementos facilitadores nesta etapa. A Ana desde sempre pediu para ser informada, manifestando o desejo de saber detalhadamente toda a evolução da sua situação clínica, questionando exaustivamente os profissionais de saúde até sentir que estava esclarecida. Este aspecto foi igualmente facilitador para a etapa seguinte do protocolo “Invitation”, pois se não houvesse todo o conhecimento e relação prévia, não teria sido possível apenas naquele momento identificar o que a doente pretendia saber. Ayarra (s.d) refere que esta etapa requer por vezes várias entrevistas, tratando-se de uma etapa complexa uma vez que não é fácil para o doente tomar a decisão sobre se deseja ou não ser informado. A atitude do profissional de saúde deve ser de aceitação e respeito pela vontade do doente, devendo esta etapa ser sempre acompanhada de uma nova oferta terapêutica realista que nesta interação culmina na informação sobre a possibilidade de efetuar outro transplante de medula óssea.

A quarta etapa do protocolo “Knowledge”, refere-se à transmissão da informação, que deve ser faseada e apenas iniciada quando a etapa seguinte estiver concretizada. Esta etapa pretende ser um momento em que se comunica a informação realista. Na interação descrita refere-se ao resultado de exames realizados documentando recaída de doença oncológica. Esta etapa pressupõe informar antecipadamente a família sobre a intenção de ser comunicada uma

má notícia com o objetivo de lhe dar tempo para que se prepare emocionalmente Bukman (1992). Na presente reflexão crítica não houve verdadeiramente esse cuidado. Através de conversas posteriores, percebi que o marido estava consciente dessa possibilidade mas, segundo o que vem sustentado na quarta etapa do protocolo, este aspecto deve ser desenvolvido e melhorado em intervenções futuras.

O que se defende na quinta etapa do protocolo Bukman “Empathy”, revela-se uma etapa que deve ser explorada exaustivamente pelos profissionais, representando esta, uma área de excelência da enfermagem, respondendo com empatia às emoções da pessoa, para isso Bukman (2005) sublinha uma sequência de aspetos relevantes para se obterem resultados positivos na interação com o outro, sendo que, o profissional de saúde deve em primeiro lugar escutar e identificar as emoções da pessoa. Acrescentando que, caso não seja possível identificar as emoções, deve ser questionado qual o impacto que a má notícia causou. Para encerrar esta etapa a pessoa deve compreender que o profissional relaciona a sequência de aspetos acima mencionados. Deve ser comunicado ao doente, compreensão e naturalidade face às emoções expressas através da sua validação pelo profissional. Ao respeitar esta sequência, o enfermeiro promove a redução da sensação de desordem em que o individuo se encontra.

O relato da descrição da situação confirma que apesar da Ana não ter conversado ainda com o médico, a angústia e o medo foram identificados através da pergunta **“quando volto a ser mãe dos meus filhos?”** e após ter sido informada, **“o que é que eu faço meu deus?” (...)**. A empatia esteve sempre presente, embora não respeitando totalmente a sequência preconizada no protocolo para esta fase. Aspetos que pretendo desenvolver em interações e posteriores reflexões ao longo do percurso formativo.

A última etapa do protocolo “Strategy and Sumary” pressupõe para Bukman (2005) um plano terapêutico que deve ser discutido com o doente e família, implicando-os na decisão do plano terapêutico. A garantia da compreensão de toda a informação deve ser inequívoca, pelo que, deve ser feito um resumo de toda a informação transmitida, dando espaço ao doente/família para colocarem todas as questões consideradas necessárias.

Na situação descrita, houve uma tentativa de efetuar o resumo, (embora de forma insipiente), foi dado espaço à doente e marido para posteriormente serem esclarecidas todas as questões,

no entanto deveria ter ficado marcado outro momento de entrevista, sem ter ficado a cargo da doente e marido chamarem o médico caso sentissem essa necessidade.

CONCLUSÃO

Ao longo de cerca de 19 anos de exercício profissional em enfermagem oncológica, a minha maior preocupação tem sido a de estabelecer uma relação terapêutica eficaz, tendo em conta a unicidade de cada pessoa, no sentido de ajudar a adaptar-se à sua condição de doença e às limitações que esta impõe, bem como, desenvolver uma relação de confiança, de disponibilidade e de solidariedade com a sua vulnerabilidade e sofrimento. Para isso, a experiência profissional e a formação contínua revelam-se armas poderosas e indispensáveis para um profissional de enfermagem consciente.

Na área de enfermagem oncológica e especificamente em transplantação medular a necessidade do enfermeiro enfrentar a árdua tarefa de comunicar más notícias ou de acompanhar a pessoa neste processo, pode estar presente em todas as etapas do percurso de transplante de medula óssea. A presente reflexão espelha essa mesma necessidade, tanto para mim, pela necessidade de otimizar as intervenções de enfermagem futuras, como para toda a equipa.

Ao longo de toda a minha praxis, a pratica reflexiva tem sido uma constante, embora nem sempre consciente ou sistematizada. Esta prática é indissociável da profissão de enfermagem. A presente reflexão acrescenta e reforça a interiorização desta necessidade de uma forma consciente e sistemática.

Crete que a reflexão critica não deve em momento algum separar-se da profissão de enfermagem passo a enumerar alguns aspetos da interação descrita que requerem maior atenção no futuro:

Não existindo uma relação terapêutica já iniciada e um conhecimento prévio das possíveis reações desta doente/família em particular, todos os passos do protocolo SPIKES careciam de uma revisão e preparação mais profunda e rigorosa, pelo que o conhecimento prévio e a relação estabelecida foram elementos facilitadores da interação. Importa pois, salientar este aspeto como um ponto-chave para intervenções futuras na área da comunicação de más notícias.

O enfermeiro no seu quotidiano enfrenta a imprevisibilidade, sendo que, deve estar preparado para lidar com este fator. Para isso, deve tomar contato com as suas emoções, sentimentos e apropriar-se de saber teórico prático. Só assim, se poderá capacitar para oferecer intervenções que visem o desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação terapêutica, aumentando assim, o sentimento de segurança por parte do doente e desta forma contribuir para que o doente manifeste as suas emoções e preocupações.

Pretendo pois, futuramente, através da prática reflexiva e do estudo baseado em evidência científica recente, rever e aprofundar algumas regras básicas de comunicação e de comunicação de más notícias, com especial enfoque à quinta etapa do protocolo SPIKES: Empathy (responder com empatia às emoções da pessoa), sendo esta, na minha perspetiva uma área de intervenção da enfermagem por excelência, que pode e deve revestir-se de intervenções autónomas. Nesta área todo o conhecimento adquirido através de pesquisa bibliográfica deve ser reforçado por dramatização, treino de situações práticas e supervisionadas por um perito na área da comunicação.

Desta forma concluo, que o facto de refletir sobre a interação vivenciada, me leva a tomar contato com os meus sentimentos e emoções, com o que fiz e com aquilo que poderia ter feito, sobressaindo: As observações dos colegas que demonstram necessidade de formação e treino de competências na área da comunicação; a importância da relação terapêutica que se estabeleceu previamente e que favoreceu a interação vivenciada, pois, quando se trata de um primeiro contato, para acompanhar a pessoa face à incerteza de recaída de doença oncológica, deve ser estabelecida uma relação de confiança e de empatia que dificilmente surge num primeiro momento; a questão que colocou, em que a doente manifesta medo, desespero e angústia relativamente à incerteza de poder acompanhar no futuro, os seus filhos menores. Foram manifestações, com as quais me identifico plenamente. Talvez por isso, o fato de ter ficado um pouco aflita, me tenha marcado profundamente. Poderia ser eu a sentir algo semelhante estando numa situação idêntica. Aspeto que pode vir a ser melhorado no futuro, o que me leva a pensar que devo preparar melhor a entrevista, devolvendo à doente maior segurança em situações futuras, bem como, recorrer com maior perícia a perguntas abertas para que a doente verbalize as suas preocupações, receios e emoções subjacentes.

Como tive a oportunidade de referir, nem sempre me senti confortável a gerir os silêncios, dar espaço à pessoa e à família para integrar a má notícia, assim como, saber escutar. Estes

aspetos requerem atenção, apropriação de saber e treino, para o profissional de enfermagem melhorar a sua performance e não correr o risco de trocar o exagero do discurso pela escuta ativa.

A interação narrada reflete estas inquietações, o que considero bastante positivo, uma vez que a partir delas, aumentarei ainda mais a necessidade de aprendizagem e tornarei ainda mais consistente a vontade de levar a cabo o meu percurso formativo e o desejo de colocar em prática o projeto de intervenção a que me proponho. Termino observando que as interações de cuidados particularmente marcantes vivenciadas na prática, à semelhança da situação descrita, favorecem tanto a maturidade profissional como pessoal e a apropriação de saberes indispensáveis ao futuro enfermeiro especialista. São as interações de cuidados particularmente marcantes que potenciam a prática reflexiva, permitindo-me evoluir e prestar cuidados responsáveis e otimizando-os face a situações de cuidados por mim vivenciadas.

PLANEAMENTO DA ACÇÃO

A presente reflexão resulta de uma experiência enriquecedora, que me vai permitir aprimorar cuidados de enfermagem e melhorar as intervenções de enfermagem de forma a responder de forma eficaz às necessidades da pessoa no âmbito da transmissão de más notícias na área oncológica em contexto de transplantação medular pelo que, em ações futuras devo dar especial relevância aos seguintes aspetos:

- Percecionar o doente e família como uma unidade de referência face aos cuidados prestados no âmbito da transmissão de más notícias;
- Estabelecer uma relação empática com o doente e família, permitindo abrir caminho a uma relação terapêutica;
- Preparar a entrevista com o doente e família, garantindo a privacidade e a ausência de interferências e de ruído na comunicação entre quem transmite e recebe a informação;
- Identificar a perceção do doente face à sua situação de saúde;
- Perceber o que o doente quer saber relativamente à sua doença e prognóstico; assegurando a aceitação e o respeito pela pessoa;

- Responder com empatia às emoções do doente utilizando a escuta, a identificação de emoções da pessoa e questões sobre o impacto da má notícia, oferecendo compreensão, permitindo a diminuição do estado de desorganização em que o doente se encontra;
- Planear o acompanhamento futuro, garantindo a compreensão da informação através do resumo, permitindo um espaço para colocação de todas as questões consideradas necessárias pelo doente/pessoa;
- Rever competências comunicacionais, através de pesquisa bibliográfica e treino de competências na área da transmissão de más notícias, permitindo a otimização das intervenções de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Disponível em:http://books.google.pt/books?id=5rO_Lay4MhMC&printsec=frontcover&dq=How+to+break+badnews:+a+guide+for+healt+care+professionals&source=bl&ots=gNT87N_6RD&sig=w2RgLzFmMNXU9H5snxihayUn19A&hl=ptPT&ei=VhcZTZD_I2r8QOIyrCDBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false.

Bonamigo, E; Destefani, A. (2010) – *A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica* . Revista de bioética. Nº18 (3).p 725-742. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br7index.php/revista_bioetica/article/viewfile/596/602.

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. F. Oliveira, F. Oliveira, L.Silveira, Trad.). (2.^a ed.). Loures: lusociência. (soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001).

Corney, R., (Coord.) (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em Medicina*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi.

Estanqueiro, A. (2011). *SABER LIDAR COM AS PESSOAS Princípios da Comunicação Interpessoal*. (19.^a ed.). Lisboa: EDITORIAL PRESENÇA.

Lizarra, S., Ayarra.M. (S. d.). *Más Noticias e Apoio Emocional* (L. Duarte, Trad.). Navarra: [s.n].

Martim, M., Sancho, M. (2004) *CÓMO TRANSMITIR LAS MALAS NOTICIAS. Bió cancer*. 1, 1-10.

Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Trad.). (3.^a ed) Loures: Lusociência.

Thistlethwaite, J.(2009) – **Breaking bad news --- skills and evidence**. InnovAIT Vol.2, nº10. Pp.605-612.

TwYcross, R. (2001). Cuidados Paliativos (J. Almeida, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI.
(Introducing Palliative Care, 1999).

APÊNDICE N°3: Reflexão n°4



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica:

Opção Enfermagem Oncológica

REFLEXÃO CRÍTICA N.º 4

Lisboa, Janeiro 2012

Docente Orientadora:

Antónia Espadinha

Discente:

Rosália Palma Pires

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre a interação vivenciada na prática pressupõe a tomada de consciência sobre a ação desenvolvida. Permite ao profissional de saúde estruturar o pensamento de forma a identificar pensamentos e sentimentos que emergem nas situações de cuidados, bem como sobressair fatores positivos e negativos após a análise crítica da interação. Promove a compreensão das intervenções de enfermagem com vista a melhorar em ações futuras. A pesquisa teórica torna-se assim uma consequência inevitável ao processo reflexivo, bem como as interrogações que se colocam e que são transversais a toda a reflexão sobre a prática de cuidados. Representa uma equação essencial para integrar saberes teórico-práticos, contribuindo assim para elevar a qualidade dos cuidados prestados em enfermagem e para melhorar o planeamento e o desempenho no futuro.

Para explicitar a ação desenvolvida com a presente reflexão procuro descrever uma experiência marcante descrevendo a razão e sentidos atribuídos à mesma, de forma a consciencializar sentimentos, medos e anseios associados, e a interiorizar estratégias de auto regulação para um desempenho mais eficaz e de maior satisfação em ações futuras. Assim, para realizar a análise crítica da situação procurei rever aptidões de comunicação/relação e de *gestão e transmissão de más notícias*, utilizando a filosofia de Benner (2001), como fio condutor de toda a reflexão. Desta forma irei sistematizar o processo narrativo da reflexão em 6 etapas, segundo o Ciclo de Gibbs: descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação colocando algumas questões que emergiram nesta experiência.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A presente interação ocorre numa unidade de transplantação medular num centro de oncologia português. Considero importante referir que se trata de uma unidade de isolamento protetor, com barreiras arquitetónicas e circuitos de pessoal, materiais e limpeza bem definidos. O tempo médio de internamento é de um mês, embora em alguns casos possa estender-se, excecionalmente, a um ano. Refiro ainda que, atualmente, os doentes adultos

podem receber no interior do quarto uma pessoa significativa para as acompanhar ao longo do internamento, apenas no período diurno, sendo sempre a mesma pessoa e que é submetida a alguns exames (ex.: *zaraçatoas nasais e faríngeas*). As crianças podem ser acompanhadas 24 horas por dia e alternadamente por duas pessoas significativas, tendo em consideração a sua organização familiar.

O doente internado tem contato visual com o exterior através de um vidro. As suas visitas (excluindo o acompanhante direto, como anteriormente referido) ocorrem precisamente por detrás deste vidro, durante um período ilimitado. A comunicação é feita por interfone.

A determinada altura foi admitida na unidade uma criança de 11 anos de idade, com *Leucemia secundária a um Linfoma* para efetuar um *transplante de medula óssea*. Percebemos que o prognóstico era muito reservado.

Esta criança veio referenciada de um hospital da região Norte, zona onde residia com os pais e uma irmã mais nova, que nasceu no momento do diagnóstico da sua doença (cerca de 3 anos antes da admissão na unidade de transplantação medular).

A criança foi acompanhada pelo pai, *trabalhador por conta própria*, ao longo de todo o percurso de internamento. Ao mesmo tempo, a mãe, *trabalhadora por conta de outrem*, por decisão e organização familiar, continuou a trabalhar, a cuidar da filha e visitava o filho todos os fins-de-semana.

Tratava-se de uma criança simpática, afável, com sentido de humor, com um desenvolvimento adequado à idade, não obstante a uma maturidade superior à esperada. Provavelmente “cresceu à força”, dado o seu já longo percurso de doença. Parecia uma criança adaptada, mantendo a esperança revelando recursos internos que lhe permitiam estar em equilíbrio com esta “contrariedade da vida”. Sempre transitou de ano letivo, tinha uma “namorada” e amigos com quem falava regularmente.

O pai mostrava-se uma pessoa calma e simpática, mas, paralelamente, demonstrava uma grande preocupação relativamente ao sucesso do tratamento. O internamento prolongou-se por 6 meses, não havendo intercorrências significativas até à notícia da falência de enxerto e consequente necessidade de segundo transplante, uma vez que a criança continuava em aplasia medular para além do limite máximo esperado. Até este momento em que se perspetiva uma segunda *infusão de células progenitoras hematopoiéticas* tudo decorreu relativamente bem, com a família a apoiar-se entre si e na equipa de saúde.

Ao mesmo tempo, alguns elementos da *equipa multidisciplinar* questionavam, frequentemente, o facto de a mãe não acompanhar o seu filho. Eu, desde o primeiro dia, senti uma enorme empatia por este menino, pelo pai e pela mãe. Fiz tudo aquilo que consegui para se sentirem bem acolhidos. Não passou um dia em que não dedicasse um pouco do meu tempo de trabalho, muitas vezes para além da hora de saída, àquela criança e ao pai. Sempre que a mãe estava, chamava-a, descia com ela e conversávamos. O diálogo iniciava-se sempre com choro compulsivo; a mãe mostrava-se revoltada e com grande culpabilidade por não ter podido acompanhar o filho na altura do diagnóstico (momento do *puerpério*) e por agora ele parecer preferir o pai. Quando os valores de *glóbulos brancos* não subiam, tanto o pai como o filho adiavam a informação à mãe para a protegerem, o que a fazia ficar mais ansiosa, mais desconfiada e insegura.

Se o sofrimento se medisse objetivamente, parecia-me na altura, que era provavelmente esta mulher quem mais sofria. No entanto, a família parecia estar organizada, adaptada e capaz de dar resposta a todas estas exigências.

O meu papel perante a equipa foi o de dizer que a mãe tinha de trabalhar, que tinha de cuidar da filha mais pequena, que não se tinha demitido de ser mãe e que a família conseguia estar minimamente equilibrada apesar de toda a situação. Apelava aos meus colegas a que dedicassem algum do seu tempo a esta mãe que tanto precisava.

Aqui começa uma parte do problema, “quem somos nós, profissionais de saúde, para fazer juízos de valor?”. Comecei a notar alguma inquietação por parte da equipa de enfermagem, à medida que o internamento desta criança se prolongava, e tive uma maior atenção na distribuição dos enfermeiros.

Muitas vezes, quando as situações se complicam e se tornam mais exigentes em termos relacionais, é difícil efetuar a distribuição do trabalho. Por um lado, tento sempre que o doente conheça o menor número de enfermeiros para facilitar o estabelecimento de relações de confiança, o que não se consegue num só dia; por outro lado, alguns dos enfermeiros, quando os internamentos se prolongam e se tornam mais exigentes em termos relacionais não se mostram maduros e capazes de dar respostas adequadas, constatação que se enquadra e encontra lógica perante o que é apresentado e defendido por Benner (2001) a propósito dos diferentes níveis de competência associados aos cuidados de enfermagem. Tento (e tenho de) estar sempre atenta aos dois lados, mas sei que em primeiro lugar o meu foco de atenção é

sempre o doente/família, consciente que tenho que desenvolver competências para ajudar a capacitar a equipa a este nível, pois assim o doente vai ser sempre beneficiado.

Um dia, após uma reunião, entrei na unidade e estava no ar uma “onda” de aflição e de desespero. O menino estava “descompensado” e já tinham feito tudo: conversar, acalmar, medicar e ninguém estava a conseguir conter a situação. A enfermeira que estava com a criança lançou-me um olhar suplicante, quase a chorar. Entrei no quarto, pedi discretamente para saírem à exceção do pai. Fiquei no quarto com o pai e com a criança inquieta, aos gritos, a pedir ajuda, repetindo que não conseguia parar. Pedia-nos desesperadamente para chamarmos os médicos, a psicóloga, a psiquiatra; foram contactados de imediato, mas demoraram algum tempo a chegar.

O que mais me incomodou foi o facto de aquela criança pedir a presença da psiquiatra. As crianças não o fazem com esta clareza. Fiquei preocupada, mas tinha de o ajudar. Abracei-o com força, afaguei-o e disse-lhe: “*compreendo-te meu amor*”. Não conseguiu ficar abraçado muito tempo e continuou agitado, suplicando ajuda. Pedi-lhe para olhar para mim e, tratando-o sempre pelo nome, num tom firme, perguntei-lhe: “*Confias em mim?*”. Ele respondeu inquieto: “*Confio, mas não consigo parar*”. Mais uma vez, ou duas, ou três: “*Confias em mim? Eu vou ajudar-te! Não faz mal estares assim, não faz mal, és um valente!*” Ele implorava medicação. Já tinha esgotado toda a terapêutica que uma criança daquela idade podia fazer. O que fiz? Dei-lhe soro fisiológico, 2.5ml intravenoso, e pedi-lhe para se deitar.

Sabia que ele adorava combates de *wrestling*. Ao mesmo tempo, eu sabia alguns nomes dos *cinturões dourados* da modalidade. Fui-lhe massajando os pés muito devagar, pedi-lhe que me promettesse que era o herói daquele combate e disse-lhe para imaginar que estava em plena luta, no *ring*, e que estava quase a ganhar o combate. Durante algum tempo, fui dizendo: “*Tu és o Jonh Sena e luta, luta, estás quase, quase a ganhar o combate, tu vais conseguir!*”. Continuava a massagem e a repetição das mesmas palavras. Até que o menino adormeceu.

Quando se entregou ao sono, eu não queria acreditar...! Estava cansada fisicamente e ao mesmo tempo aliviada por ter conseguido ajudar a criança. O sentimento maior foi o de não ter falhado naquilo que lhe prometera, não comprometendo a confiança que ele dissera ter em mim: “*Confias em mim? Vou ajudar-te...*”.

O pai permaneceu quase sempre em silêncio, aflito. No início implorava baixinho: “*Filho, faz o que a Enfermeira R. diz, ela vai ajudar!*”. Quando o menino adormeceu chorou em silêncio.

Sorri para ele e convidei-o a sair do quarto comigo. Mais uma vez, descemos até ao exterior para garantir a privacidade do diálogo. Enquanto fumava um cigarro confessou-me que também ele estava desesperado, que não podia pensar que o transplante não estava a resultar: “*Queria tanto fazer dele um homenzinho...*”. Fiquei emocionada, com um nó na garganta e com dor para não chorar. Fiquei em silêncio e, quando consegui, disse-lhe que o compreendia, que também tinha filhos, e que o que ele desejava para o seu filho é tudo o que qualquer pai deseja. A evolução clínica não estava nas suas mãos, mas o que estava ao seu alcance fazia-o exemplarmente e dei-lhe todos os exemplos de que me lembrei na altura. Ficou mais calmo, embora exausto e cheio de medo. Senti que este pai precisava de ajuda, pois ultimamente dormia mais, meses a dormir num *maple* desconfortável. Passou a dormir de costas para o filho, o que anteriormente não acontecia. Começou a ser seguido na Consulta de Psiquiatria, continuando o apoio psicológico que tinha desde o início do internamento, tal como a criança. Este menino estava preparado e tinha como expectativa um mês de internamento. Uma vez ultrapassado o período previsto, não conseguiu suportar e tudo se desmoronou por ter recebido a notícia de falência de enxerto. Após este episódio de ansiedade extrema foi medicado com antidepressivos.

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Senti que não podia falhar. Aquela criança precisava de ajuda! Inicialmente senti-me impotente e incapaz de a ajudar e também fiquei aflita, mas tinha de conseguir! A compaixão foi também um sentimento experimentado. Mesmo cheia de incertezas, tinha que tentar fazer alguma coisa, pelo que com coragem e determinação enfrentei a situação, consciente que podia não resultar. Quando o menino adormeceu fiquei aliviada, cansada mas satisfeita por pensar que contribui para o acalmar.

Relativamente ao pai, senti que também ele precisava da minha atenção. De facto, a tristeza, a impotência e a compaixão também surgiram em relação a este, pelo que o convidei a sair e a conversar, como anteriormente referido. Estava solidária com o seu sofrimento. Como enfermeira nunca perdi a esperança em relação à recuperação do menino, pois não apresentou quaisquer complicações enquanto esteve em aplasia medular. Mantive a seguinte ideia – “*Se os profissionais conseguem manter a esperança favorecem igualmente a promoção da esperança no doente e família*”. O pai necessitava de ser tranquilizado de uma forma honesta

e disponível, pelo que senti que necessitava de mim para o acompanhar e escutar as suas emoções, as suas angústias e medos.

Um profissional de saúde não pode saber exatamente o que está a sentir um doente e/ou um familiar. No entanto, através dos pedidos de ajuda que fazem, dos comportamentos que adotam, das características do discurso, da expressão facial e da postura corporal, pode inferir alguns aspetos.

A criança, apesar de aparentemente adaptada, começou a apresentar alguns sinais de tristeza, visíveis na sua expressão facial e pelo aumento do isolamento relativamente à equipa. No entanto, o medo parece ter sido o sentimento que mais se evidenciou e que esteve na origem desta reação de descontrolo após a notícia de *falência de enxerto*. Na tentativa de sustentar esta ideia, importa apropriar o conhecimento de (Lazure,1994:16) quando esta autora nos dirige para o conceito de *escuta integral*, quando sublinha que o enfermeiro deve sobretudo escutar com todo o seu ser, alertando ainda, para o carácter redutor de apenas “ouvir com os nossos ouvidos” apelando para a necessidade de que se escute com todo o “nosso ser”. Para a mesma autora, a enfermeira que se situa a este nível de escuta, apresenta-se disponível para a escuta integral; não só para o discurso do doente, mas sim para a totalidade da comunicação. A realidade total das experiências do doente não pode ser traduzida apenas por palavras. A mensagem transmitida por palavras pode contradizer o que sobressai através do gesto, tom de voz e postura corporal. O sentimento que mais sobressaía no pai era o de medo, a incerteza perante o sucesso do tratamento. Este pai, a determinada altura, começou a demonstrar alguma exaustão.

O conhecimento surge quando se estabelece uma relação terapêutica em que a componente da confiança se vai desenvolvendo ao longo da relação; quando o enfermeiro se disponibiliza para se colocar na perspetiva do outro. O internamento prolongado, repleto de incertezas, favorece o conhecimento de alguns profissionais sobre o doente e sobre a sua família.

A comunicação com a equipa multidisciplinar, contribuiu igualmente para aumentar o conhecimento sobre os sentimentos dos elementos do núcleo familiar. Saliento, ainda, as conversas entre pares, com a psicóloga e com a psiquiatra que dão apoio aos doentes sujeitos a transplantação medular, que respeitando sempre os aspetos éticos e deontológicos, nos ajudam a clarificar ideias, sugerindo algumas intervenções. Segundo Ribeiro (2003) as experiências analisadas à luz de diversas áreas do conhecimento e a elaboração de ações

alternativas de confronto com as situações vivenciadas poderão originar momentos de integração, acrescentando ainda que a articulação das situações da prática acompanhada de reflexão revelam-se um exercício indispensável para o processo de desenvolvimento pessoal.

O sentimento com maior expressão é o de que fiz tudo o que estava ao meu alcance para facilitar este percurso, dentro daquilo que foi possível para responder às necessidades da criança e da sua família, pelo que me sinto satisfeita com a intervenção que desenvolvi.

AVALIAÇÃO

O enfermeiro avalia a interação através dos resultados obtidos após as intervenções realizadas. Na situação descrita as intervenções não foram planeadas uma vez que a criança não sugeria pelo seu comportamento, poder vir a desenvolver episódios de ansiedade extrema. O enfermeiro experiente demonstra preocupação em múltiplos domínios e enfrenta com segurança qualquer situação de cuidados atuando sem hesitações.

Os fatores facilitadores e que contribuíram para os resultados foram a experiência profissional, bem como a capacidade de estar atenta em diferentes direções e, mais uma vez, a relação terapêutica previamente estabelecida com a criança e família. Sublinho igualmente a capacidade de comunicação, empenho e empatia tanto com a criança, como com família e ainda com a outra enfermeira interveniente no processo (com bastante menos tempo de experiência profissional).

À luz dos ensinamentos da formação em enfermagem, o doente deve sentir que é visto pelo profissional de saúde como ser único e especial e que independentemente do desenrolar da sua situação de saúde, mesmo quando a sua expectativa futura é interrompida de forma negativa, a equipa de saúde nunca o abandonará. Neste caso concreto, pelo *feedback* obtido *a posteriori*, tanto da criança como da família, confirmam uma enorme satisfação face às intervenções de enfermagem desenvolvidas. A avaliação da intervenção deve ter em conta diversas componentes, dependendo do contexto. No entanto, e relativamente à situação acima descrita, o resultado obtido é um indicador de que o objetivo proposto foi totalmente atingido.

Existe hoje a consciência de um algum arriscar, da minha parte, na medida em que não tinha experiência em imagética e porque tudo se desenrolou de forma, digamos, “automática”. O facto de ter administrado um placebo, apesar de ter servido para ganhar tempo, não me fez

sentir confortável, uma vez que poderia ter comprometido a relação de confiança previamente estabelecida.

Na tentativa de avaliar a interação descrita sinto que fui e ainda sou uma enfermeira de referência para este menino e para a sua família, na medida em que me procuraram sempre que precisaram de algum reforço, segurança ou apoio durante o seu percurso. O caso deste jovem reforça a minha consciência e a minha confiança de que adquiri ao longo do meu percurso em enfermagem (Benner, 2001), ferramentas que me permitem uma maior atenção e capacidade de intervir eficazmente em situações semelhantes que venham a ocorrer no futuro. Já existiram, obviamente, no decurso da minha atividade, outros casos e situações que, em alguns aspetos, eu poderia comparar com este episódio específico. No entanto, e porque os contextos são sempre distintos, cada um revestiu-se da sua própria especificidade. O que importa aqui realçar é a importância de uma consciência efetiva sobre as ações e consequências da mesma para o nível de perícia que atingimos (Benner, 2001).

Considero que tudo o que faço acontece de forma natural. É da minha responsabilidade e inerente à prestação de cuidados de excelência fazê-lo em qualquer situação. É esta a gratificação e motivação profissional que em momentos tão difíceis como os que a enfermagem atravessa, me fazem trabalhar, há 19 anos, com vontade e entusiasmo.

ANÁLISE

A situação descrita ilustra sem sombra de dúvida uma das possíveis reações a uma má notícia em contexto de transplantação medular. Importa, pois, situarmo-nos na definição de *má notícia* que para (Buckman, 1992) é qualquer notícia que altere de forma negativa a expectativa do doente face ao seu futuro. Neste sentido, a interação descrita demonstra que o impacto da notícia de *falência de enxerto*, quando já se previa a alta, bem como a oferta de um plano terapêutico que exige continuar o internamento em isolamento protetor para a realização de um segundo transplante provoca tanto na criança como no pai reações emocionais que comprometem o equilíbrio psicológico do doente/família. A este respeito, Buckman (1992) declara que o impacto da *má notícia* é diretamente proporcional à forma como a situação de saúde afecta as expectativas pessoais do doente face ao futuro. Assim, o profissional de saúde só pode estimar o impacto da *má notícia* quando conhece as expectativas do doente face ao seu futuro. Logo, o impacto da *má notícia* depende da

conjugação de saberes entre o profissional de saúde e o doente. No que respeita às possíveis reações emocionais a uma *má notícia*, Sancho (1998) afirma que é necessário conhecer previamente se existe história de perdas anteriores e como foram vivenciadas essas perdas e quais as reações emocionais a essas perdas. Sabendo isto o profissional de saúde pode preparar-se para as reações do doente/família á má notícia.

Na experiência vivenciada estive atenta à enfermeira menos experiente, aos familiares e ao doente, mesmo consciente de que o plano de cuidados mental e espontâneo poderia não resultar. A este respeito Benner (2001) refere que o doente em que as situações de cuidados exigem intervenções rápidas tem “sorte” quando estas intervenções são dirigidas por uma enfermeira experiente. Desta forma evitam-se erros e intervenções inúteis. Acrescentando que, quanto ao domínio da situação de cuidados que o enfermeiro experiente toma a seu cargo situações de evolução rápida de forma eficaz. Transportando esta ideia de Benner para a presente reflexão, percebi de imediato o problema de ansiedade extrema em que a criança se encontrava, a ansiedade do pai e a necessidade de intervir perante o “pedido de ajuda” da enfermeira menos experiente.

Fazendo uma analogia entre a interação vivenciada e a filosofia de Benner (2001) quando analisa a intervenção da enfermeira no que respeita à gestão eficaz de situações de evolução rápida, a mesma autora defende que a enfermeira experiente demonstra competência quando percebe de imediato um problema, quando faz a gestão das ocorrências agindo rapidamente adequando as necessidades aos recursos existentes e quando identifica e assume os cuidados a prestar a um doente em crise até à chegada do médico. Sustentando a reflexão nesta filosofia, a situação descrita aproxima-se bastante, uma vez que tomei a meu cargo a situação, perceciono rapidamente o problema, dirigindo as intervenções de uma forma que considero apropriada, com recurso à comunicação empática, escuta ativa, massagem e imagética, contendo a situação de crise até à chegada da psicóloga e da psiquiatra, altura esta em que a situação já estava controlada.

Pedi para saírem do quarto para restabelecer alguma tranquilidade, salvaguardando a presença do pai com quem fui interagindo, devolvendo sempre algum retorno mantendo-me sempre em comunicação, tanto através do olhar, quanto através das intervenções que desenvolvia com o seu filho. Benner (2001) refere-se às *enfermeiras peritas* como “chefes de orquestra” quando intervêm em situações complexas, uma vez que demonstram competência e capacidade de

responder a todas as necessidades, de enfrentar todas as direções, de lidar com situações imprevisíveis e ajustar estratégias, de hierarquizar e separar os problemas e de estabelecer prioridades. Para além de tudo isto, a *enfermeira perita* tem segurança face ao seu potencial e em situações de crise mantém uma atitude calma, não sendo fácil desestabilizar um perito em enfermagem.

A relação terapêutica previamente estabelecida influenciou positivamente o desfecho da interação. O primeiro contacto com a criança naquela situação foi a de lhe prometer que a ia ajudar, comprometendo-me em melhorar a situação em que se encontrava. Para isso eu necessitava de estabelecer uma aliança com ele, através da sua promessa em fazer o que eu lhe pedia. Iniciei a minha intervenção através do abraço firme e do discurso também firme e carinhoso demonstrando empatia e solidariedade com o seu sofrimento.

As enfermeiras recorrem ao toque para estabelecer contato com o doente em situações de crise, trata-se em grande parte das situações do único recurso para comunicar e reconfortar (Benner, 2001).

Na tentativa de ajudar a ultrapassar aquele momento de ansiedade extrema, embora não o tenha feito de uma forma consciente, otimizei a participação do doente para que ele próprio, através do que lhe dizia para pensar ou fazer conseguisse obter algum controle sobre a sua própria recuperação. O uso desta competência envolve pelo menos duas componentes: a habilidade para sentir que a pessoa alvo de cuidados tem a energia, a força, a capacidade e vontade de melhorar e direccionar essa energia para reforçar a relação terapêutica que estabelece com o doente (Benner, 2001).

Quando defendia perante a equipa de saúde que a família parecia adaptada e em equilíbrio face à organização familiar/ausência da mãe estava a defender e a respeitar a família, também ela alvo de cuidados. Relativamente ao fato de lhe ter administrado soro fisiológico, serviu apenas para ganhar tempo e pensar rapidamente na estratégia a adotar de seguida. A enfermeira deve defender incondicionalmente a causa do doente através do estímulo do uso do controle por parte do mesmo ou para ganhar tempo. Em diversas situações as enfermeiras recorrem à relação previamente estabelecida com o doente para o implicar na interação e para fazer sobressair o seu controle na sua própria recuperação, competências essas que se enquadram na função de ajuda (Benner, 2001).

PLANEAMENTO DE AÇÕES FUTURAS

A Supervisão Clínica em Enfermagem seria uma alternativa fundamental para implementar na prática; no entanto, pela sua inexistência, pelo menos no sentido formal, sente-se a necessidade de implementar no serviço sessões de treino de competências comunicacionais.

Este plano pretende dar resposta à necessidade de orientação da prática em enfermagem, não da forma como se preconiza do ponto de vista teórico, mas com o propósito de fazer uma aproximação às dificuldades dos enfermeiros face a situações complexas, nomeadamente ao nível da transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular. A importância e a necessidade de melhorar a comunicação entre pares, está bem ilustrada na interação descrita quando uma das enfermeiras intervenientes não se sentiu inibida em pedir auxílio a uma enfermeira mais experiente, não se isolando e acelerando a intervenção que se revelou eficaz para acalmar o doente, evitando também o isolamento do profissional.

Fica claro que o que despoletou toda a situação, que naquele momento era impossível de prever, foi a *transmissão* de uma *má notícia*. Sabemos que nenhuma situação ocorrerá de forma exatamente igual, nem nenhum doente terá exatamente a mesma reação perante uma mesma notícia. No entanto e numa sessão em que seja *representado* este momento há importantes constatações que se torna importante realçar, dando ênfase às reações emocionais que podem surgir quando o doente e a família são confrontados com uma notícia que altera de forma abrupta e negativa a sua expectativa futura, pelo que, passo a rever e a enumerar aspetos que devo interiorizar e treinar em interações futuras:

- De acordo com Buckman (1992) os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados ao doente devem apoiar e oferecer suporte ao doente após a comunicação da má notícia.

Mesmo que com uma relação terapêutica já previamente estabelecida com o doente e ainda que a mesma já nos permita “conhecer” algumas reações e alguns aspetos da personalidade do doente (neste caso, maturidade, comportamento positivo, longo percurso de “doença”, devemos estar alerta para o facto de uma *má notícia* poder desencadear alterações de comportamento e reações emocionais. Reações que, em contexto de transplantação medular, onde se verificam internamentos prolongados, o enfermeiro que se implica na

tentativa de melhorar competências nesta área pode encontrar um lugar privilegiado para estabelecer uma relação de confiança e responder de forma eficaz às necessidades do doente e da sua família. Para isso, em ações futuras, importa rever e estar consciente das possíveis reações emocionais que possam surgir tanto no doente como na sua família;

- O profissional de saúde para além do conhecimento científico, deve ter uma constante consciencialização das reações emocionais possíveis por parte do doente após a comunicação de uma má notícia. Buckman (1992) refere que a primeira reação do doente depois de receber uma má notícia é a descrença, sendo habitualmente expressa pelas seguintes afirmações: “eu não acredito”; “estou a ter dificuldade em gerir toda a informação mas estou a tentar”; “não pode ser verdade”. Desta forma o profissional de saúde deve compreender a dificuldade de aceitação da notícia não argumentando sobre os factos, mas sim respondendo a esta mesma dificuldade com respostas abertas do tipo: “como é que esta notícia o faz sentir?” e respostas preferencialmente empáticas do tipo “deve ser difícil para si aceitar esta situação inesperada”, evitando respostas hostis ou fechadas (Buckman, 1992);
- O **choque** é outra reação emocional que pode ocorrer e que dificulta a tomada de decisão por parte do doente, sendo frequente este agir como autómato e ter dificuldade nesta fase em realizar tarefas simples. Este comportamento não deve ser visto como uma emoção em si, mas sim como um comportamento que indica ao profissional de saúde o grau e intensidade da emoção com a qual o doente é incapaz de lidar. O mesmo autor acrescenta que a *má notícia*, se promissora de impacto extremamente negativo, deve ser dada quando estiverem reunidas condições de suporte ao doente (Buckman, 1992) (neste caso, psicóloga, psiquiatra e enfermeiros experientes e disponíveis para intervir);
- A **negação** é outra das possíveis reações a uma má notícia que consiste na não-aceitação da notícia por parte do doente, acreditando genuinamente que não é real, que é fruto de um erro (Buckman, 1992);
- A **transferência** trata-se de um fenómeno de conversão das emoções e da carga emocional causada pela má notícia em ações e ou atividades. Se este fenómeno, segundo Buckman (1992), promover a redução do *distress*, deve ser incentivado e reforçado, no entanto, se for gerador de stress, o profissional de saúde deve recorrer ao diálogo com o doente na tentativa de minimizar ou resolver esse efeito;

- O **questionar constante** sobre preocupações relativas ao tratamento e/ou prognóstico é outra reação que pode sobressair e com a qual o profissional de saúde deve contar;
- O **medo e ansiedade** são outras reações expectáveis, Buckman (1992) alerta para a necessidade de ser identificada a causa, para a necessidade do profissional de saúde estar consciente dos sentimentos do doente e para a necessidade de obter conhecimento sobre reações prévias a uma má notícia para melhor ajudar a gerir sentimentos e emoções e assim “*abrir caminho*” à sua expressão por parte do doente. O mesmo autor acrescenta ainda que o profissional deve comunicar a informação relevante e avaliar a sua intervenção;
- A **raiva, culpa e o conflito entre esperança e desespero** são emoções frequentemente identificadas como reações a uma má notícia. Buckman (1992), refere que a **raiva** recai muitas vezes sobre o profissional de saúde e que quanto mais o profissional de saúde estiver capacitado e consciente deste aspeto, melhor será a sua intervenção. No que respeita à **culpa**, esta emoção está frequentemente relacionada com a não adaptação à doença e à evolução da sua condição de saúde, trata-se de uma emoção auto direcionada em que o doente ou o familiar se auto culpabilizam pela situação de doença e evolução clínica, sendo esta emoção frequentemente manifestada por tristeza e desgosto. No que respeita ao **conflito entre a esperança e o desespero**, Buckman (1992), afirma que é importante promover a esperança. No entanto, o profissional de saúde deve fazê-lo de uma forma realista, não prometendo o que não se pode oferecer, mas sim, permitir a expressão do seu desespero e reforçar a garantia de que independentemente da sua evolução clínica o doente não será abandonado pela equipa de saúde;
- O **choro**, a **dependência** e a **depressão** são respostas emocionais que podem igualmente surgir e que tal como quaisquer outras reações emocionais não podem ser ignoradas pelo profissional de saúde. A **depressão** deve ser identificada e sinalizada com consciência e disponibilidade para que o doente possa ser ajudado. A **dependência** pode diminuir a capacidade de autodeterminação. Neste sentido, Buckman (1992) refere que o profissional deve efetuar a separação entre as exigências do doente e aquilo que, este verdadeiramente precisa. Para isso deve ser estabelecido um acordo que envolva uma responsabilização bilateral entre o doente e o profissional de saúde. O **choro** pode sobressair como sinónimo de dor, tristeza, desespero entre outras reações, às quais, o profissional de saúde deve responder com aproximação física, oferta de um lenço, toque terapêutico (se confortável

para ambos), identificação da emoção que provoca o choro e permanecer junto do doente até que este demonstre estar mais calmo (Buckmun, 1992);

- A **ameaça**, o **humor** e a **negociação** são outras reações que o doente pode manifestar aquando da comunicação de uma má notícia. A orientação de (Buckmun, 1992) no que respeita à **ameaça** por parte do doente direciona-se para que o profissional de saúde faça um apelo à manutenção da calma, proceda à identificação do objetivo da ameaça e que faça um apelo à suspensão da ameaça em favor do diálogo. Quanto ao **humor** o mesmo autor relembra que pode tratar-se de um mecanismo de *coping* e que se assim for, deve ser reforçada a sua utilização, mas alerta para o facto de poder surgir o riso inapropriado como sinónimo de tensão e para o facto de poder ser interpretado erroneamente como indicador de bem-estar.

Quanto à **negociação** pode igualmente representar uma estratégia de *coping*, podendo funcionar como resposta adaptativa, no entanto, salvaguarda que, se ocorrer prolongadamente e de forma irrealista pode aumentar o *distress* e tornar-se não adaptativa. Desta forma, o profissional de saúde deve estar preparado para reconhecer o processo de negociação e avaliar se constitui um elemento facilitador da adaptação, acrescentando que, se assim for, deve ser considerado como qualquer outra estratégia de *coping* (Buckman, 1992).

As respostas emocionais que podem surgir após a comunicação de uma má notícia, requerem conhecimento e estratégias de intervenção que respondam às necessidades reais e individuais do doente e da família a quem foi transmitida uma má notícia. Para isso o enfermeiro deve estar consciente, procurar formação através da pesquisa de evidência científica e treino de competências comunicacionais através da simulação de casos reais ou fictícios. Assim, importa incluir na análise algumas possíveis reações da família/pessoa significativa face a uma má notícia. Desta forma o profissional de saúde deve identificar e conhecer os sentimentos, emoções e motivações dos membros da família mesmo que os seus desejos não possam ser satisfeitos (Buckman, 1992).

Os sentimentos mais comuns são culpa e medo, pelo que o profissional de saúde deve recorrer à utilização de respostas empáticas para conhecer os sentimentos dos membros da família/pessoa significativa. Por vezes a culpa surge por luto antecipatório e o medo surge pelo receio em lidar com a situação de saúde do seu familiar. O profissional de saúde mais uma vez deve recorrer à escuta ativa e assegurar que o sentimento identificado é o resultado

de um mecanismo adaptativo considerado normal para ajudar o familiar a preparar a sua perda por morte, por perda de autonomia ou por longos períodos de ausência do seu meio por dependência muito prolongada dos serviços de saúde. A família tem o seu lugar na equipa de saúde e não pode ser esquecida (Buckman, 1992).

No futuro, numa situação semelhante à interação descrita, se o enfermeiro se implica no ato de cuidar, se desenvolve relação de confiança, se adquire saber e experiência relativamente às possíveis respostas emocionais do doente e da família face a uma má notícia, bem como das intervenções e técnicas de comunicação adequadas irá estar mais seguro e competente para responder às suas necessidades no futuro. Desta forma aumentará tanto a satisfação profissional como a satisfação do doente, o que se irá revelar um contributo valioso para elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

A interação descrita representou um importante momento de aprendizagem, análise e reflexão na perspetiva dos cuidados de enfermagem holísticos, onde diferentes dimensões se interligam e reclamam a articulação de saberes com a experiência, desde os aspetos da comunicação e da relação, percorrendo a filosofia de cuidados de enfermagem de Patrícia Benner até encontrar lugar de excelência na área da transmissão de más notícias em oncologia, posicionando-se exatamente nas respostas emocionais do doente e família face a uma má notícia.

A presente reflexão crítica respondeu a uma necessidade concreta de aprendizagem que se situava na área onde o futuro enfermeiro especialista pode evidenciar o seu lugar em contexto de transmissão de más notícias em oncologia, nomeadamente no que respeita à especificidade da transplantação medular.

Sublinho mais uma vez a importância de, durante o internamento, estabelecer uma relação de proximidade e de empatia com o doente que supere uma relação estritamente técnica (neste caso, o recurso empregue pode ter resultado porque se penetrou no “universo” daquela criança, falando dos seus heróis).

Termino com a salvaguarda de que é urgente que os profissionais, no futuro, devam seguir uma orientação de transmissão de más notícias, sem ignorar a importância de flexibilizar

intervenções e procedimentos rígidos para situações que se considerem *standard*, uma vez que o impacto de uma má notícia parece tudo menos estandardizado.

BIBLIOGRAFIA

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (From Novice To Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001).

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Lazure, H. (1994). *Viver A RELAÇÃO DE AJUDA abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. (VIVRE LA RELATION D'AIDE..., Trad.). Lisboa: LUSODIDACTA.

Sancho, M. G. (1998). *Como dar las malas noticias en medicina*. Madrid: ARÁN EDICIONES, S. A..

APÊNDICE Nº4: Plano de Sessão



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica:

Opção Enfermagem Oncológica

“TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE TRANSPLANTAÇÃO MEDULAR”

Plano de sessão

Docente

Antónia Espadinha

Rosália Palma Pires

Lisboa

09 de Fevereiro de 2012

DESTINATÁRIOS:

Equipa de Enfermagem e Médica da Unidade de Transplantação Medular do IPOFG EPE LX.

FINALIDADE:

Sensibilizar a equipa para a obtenção de competências comunicacionais para transmissão de más notícias em contexto de transplantação medular;

OBJECTIVO GERAL:

Contribuir para a otimização do conhecimento sobre transmissão de más notícias em contexto da UTM

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

Conhecer a perceção da equipa de enfermagem da UTM têm sobre o conceito de más notícias transmitido ao doente oncológico e família em contexto da UTM

Conhecer estratégias que os enfermeiros podem utilizar na transmissão de más notícias ao doente oncológico e família em contexto da UTM.

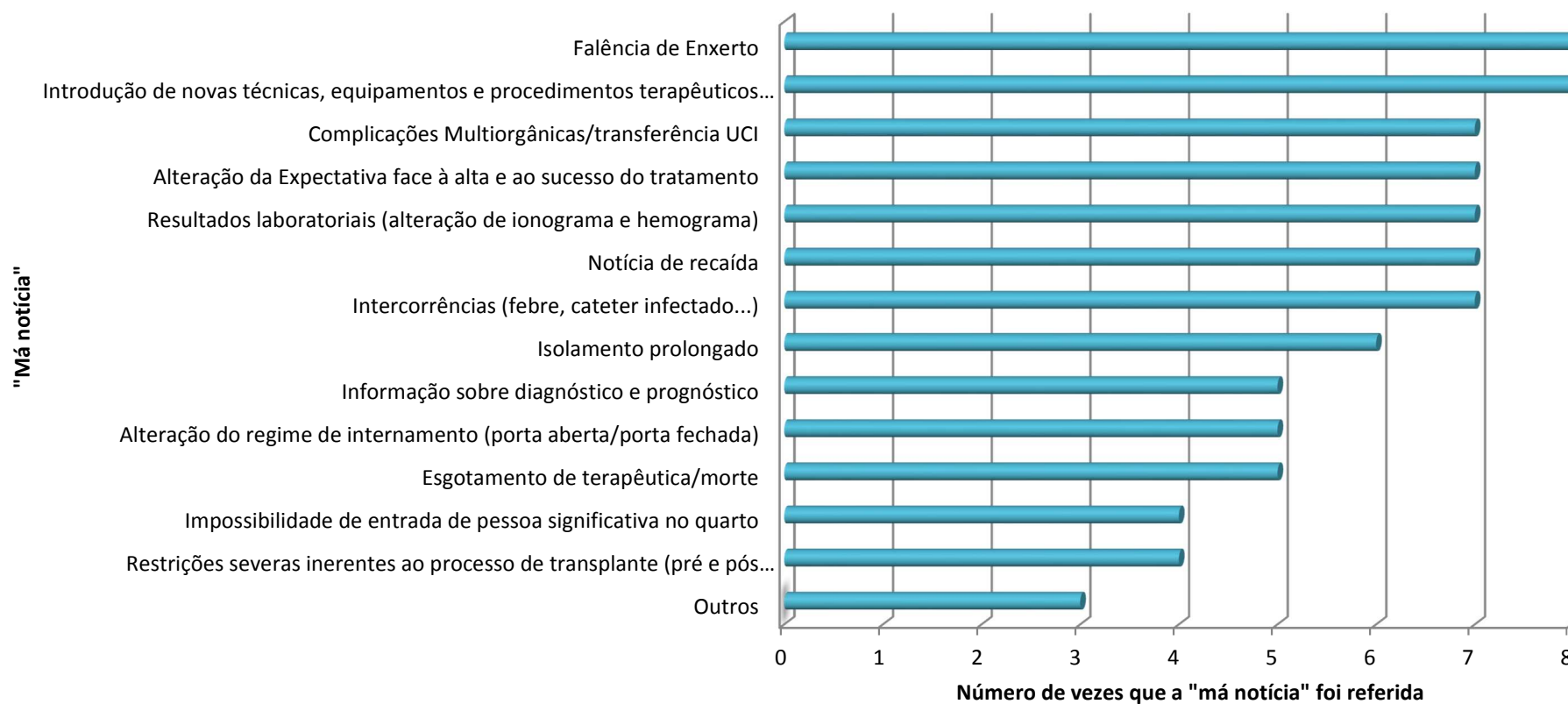
Treinar competências de transmissão de más notícias através de utilização de metodologias ativas

Plano de Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO - 5' -	Objetivos do projeto	- Método expositivo - Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show - Entrega de pasta com artigos científicos recentes e material para anotações relevantes
DESENVOLVIMENTO - 20' -	- Conceito de má notícia - Resultados da sondagem de opinião - Apresentação do Protocolo BUCKMAN/SPIKES - A necessidade de treino de competências comunicacionais - Treino de competências comunicacionais	- Método expositivo - Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show e a vídeo gravação. - Recurso a um perito na área da comunicação de Más Notícias em Oncologia utilizando a técnica de role playing
CONCLUSÃO/AVALIAÇÃO - 5' -	- A importância da implementação do projecto	Debate com os participantes e entrega de questionário de avaliação

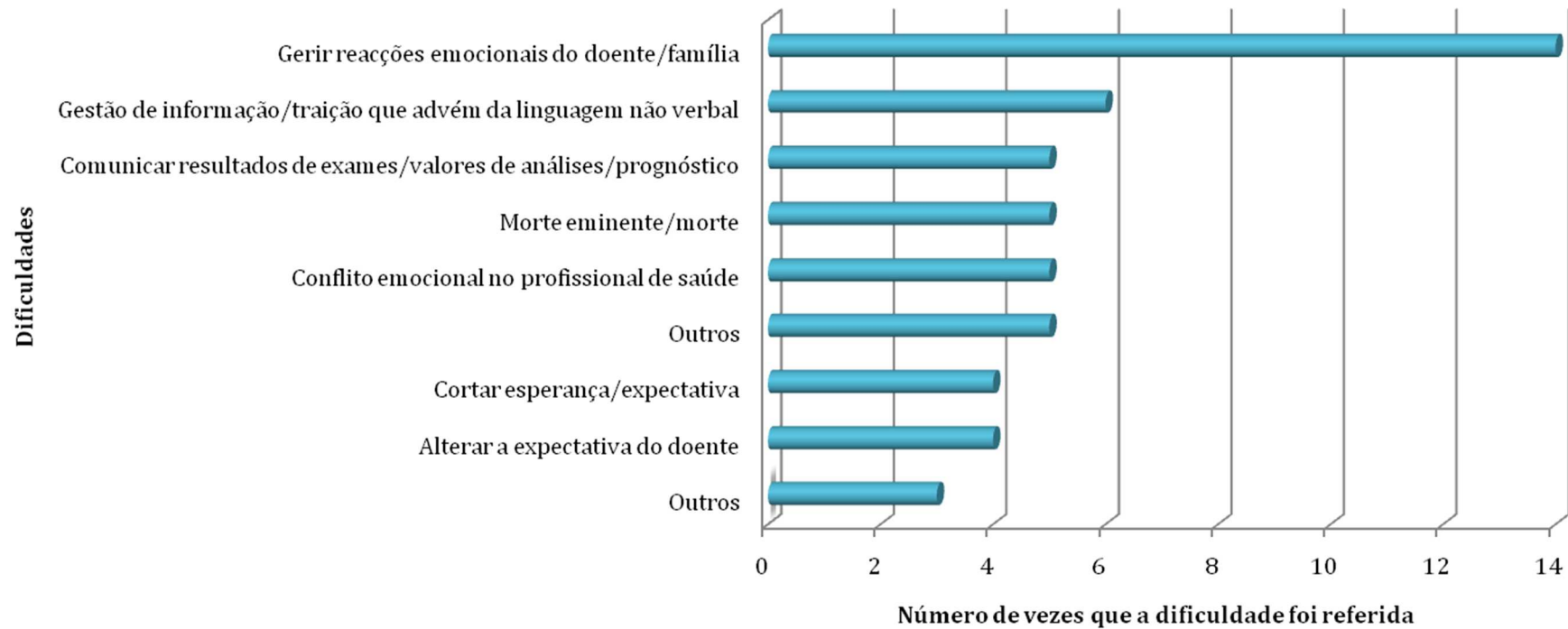
APÊNDICE N°5: Gráfico 1 – “Más notícias referidas pelos enfermeiros”

"Más Notícias" referidas pelos enfermeiros



APÊNDICE Nº6: Gráfica 2 – “Dificuldades sentidas na transmissão de uma má notícia”

"Dificuldades sentidas na Transmissão de uma *Má Notícia*"



APÊNDICE Nº7: Avaliação de sessão de informação

Avaliação da sessão

16/02/2012

Agradecendo desde já a sua presença e colaboração na sessão, peço-lhe que preencha este questionário com a garantia de anonimato e confidencialidade.

1 – Relativamente à pertinência do tema desta sessão, como considera ter sido?

Muito ☐

Pouco ☐

Nada ☐

2 - Tem alguma sugestão que possa enriquecer este projecto?

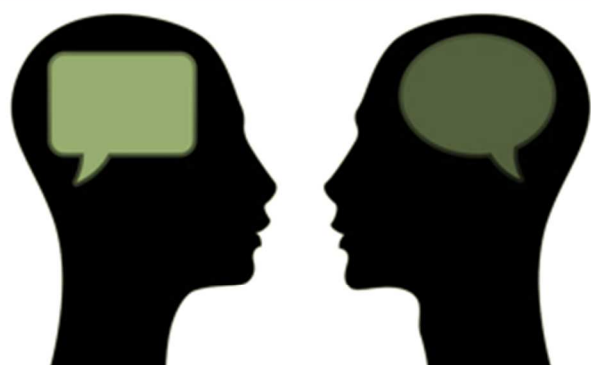
Muito Obrigada

Rosália Palma Pires

APÊNDICE Nº8: Cartaz de divulgação da sessão de informação

“Comunicação de Más Notícias na UTM”

Treino de Competências Comunicacionais em Equipa Multidisciplinar



Sessões de competências comunicacionais para transmissão de más notícias na UTM

1ª FASE

Destinatários:
Enfermeiros (Chefes de equipa e 2º elemento de cada equipa); Médicos.

DATA: 09, 16, 23 e 29 de Fevereiro

HORÁRIO: 13h às 14h30

LOCAL: Gabinete de consultas UTM – HD

2ª FASE

Destinatários: Assistente Social; Enfermeiros (todos os enfermeiros que não participaram na 1ª fase); Médicos.

DATA: a agendar

HORÁRIO: a agendar

LOCAL: a agendar

APÊNDICE Nº9: Apresentação da sessão

Transmissão de más notícias ao doente oncológico e família

Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos

Orientadora: Antónia Espadinha

Estudante: Rosália P. Pires

Fevereiro de 2012

“Cuidar é aprender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado; leva as enfermeiras a querer reflectir sobre as emoções e atitudes que acompanham os cuidados.”

Collière 2003

Objectivo Geral

- ❑ Contribuir para a otimização do conhecimento sobre **transmissão de más notícias** em contexto da UTM

Objectivos Específicos

- ❑ Conhecer a percepção da equipa de enfermagem da UTM têm sobre o conceito de más notícias transmitido ao doente oncológico e família em contexto da UTM
- ❑ Conhecer estratégias que os enfermeiros podem utilizar na transmissão de más notícias ao doente oncológico e família em contexto da UTM.
- ❑ Treinar competências de transmissão de más notícias através de utilização de metodologias activas

Conceito de Má Notícia

❑ *“Toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”*

Buckman (1992)

❑ *“A transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspectos emotivos que lhe estão associados”*

Leal (2003)

❑ *“Tal dificuldade só pode ser atenuada através do treino de competências de comunicação dos profissionais (...) o treino adequado dessas perícias induz mudanças eficazes na actuação do profissional”*

Fallowfield et al (2002)

Resultados da Sondagem de Opinião

Más notícias em contexto de UTM

- ❑ Falência de enxerto (adultos/crianças/família) - 8
- ❑ Int. Novas Técnicas, Equipamentos e Proc.Terapêuticos - 8
- ❑ Atraso na recuperação medular/Resultados Laborat. - 7
- ❑ Falência multiorgânica - 7
- ❑ Alteração da expectativa face à alta - 7
- ❑ Recaída - 7
- ❑ Intercorrências (Febre, Infecção do cvc)- 7

Resultados da Sondagem de Opinião

Más notícias em contexto de UTM

- ❑ Prolongamento do internamento/Isolamento - 6
- ❑ Retorno ao isolamento de porta fechada - 5
- ❑ Morte - 5
- ❑ Impossibilidade pessoa significativa no quarto - 4
- ❑ Restrições severas inerentes ao transplante - 4
- ❑ Outros - 3

Resultados da Sondagem de Opinião

Dificuldades

"Sinto necessidade de formação há muito tempo e de treino (...) passar a informação de uns para os outros."

"Sinto dificuldade quando sei que o doente está em recaída (...) dificuldade em lidar com ele (...) e quando o doente tem dificuldade em aceitar."

"A morte de um doente e virem outros doentes perguntar (...) tenho uma resposta estudada, não está por cá ou já cá não está, não consigo dizer."

"Tento colocar-me no lugar do outro (...) não sei como isto se diz (...) dizer a um pai que o seu filho 18 anos morreu, é doloroso. "

"Tenho dificuldade quando a família apresenta uma expectativa elevada no tratamento e quando o doente é o suporte da família. "

Resultados da Sondagem de Opinião

Dificuldades

“Sinto necessidade de formação , existe carência de informação entre pares, a informação deve ser partilhada.”

“Sinto dificuldade, são coisas dolorosas que mexem connosco, sinto falta de ferramentas.”

“Sinto dificuldade, dependendo do tipo de noticia, depende da receptividade e da pessoa que está ao lado. ”

“A dificuldade depende do tipo de doente, quando são mais complicados é mais difícil. É preciso arranjar estratégias mas é complicado.”

“Não sinto dificuldade quando estou bem informada. Tenho receio de não ser verdadeira em relação á informação.”

Resultados da Sondagem de Opinião

Dificuldades

“Tenho maior facilidade em dar a noticia que vai iniciar ATB (...) é mais difícil gerir toda a informação com o doente e família sobre a recaída (...) Sinto que não consigo gerir muito bem estas noticias.”

“ É difícil lidar e transmitir, sobretudo pediatria e pais, há sempre alguém com quem nos identificamos mais.”

*“Recaída da doença (...) não posso **dizer** mas uma expressão pode indicar que algo não está bem, é a nossa linguagem não verbal.”*

PROTOCOLO BUCKMAN/ SPIKES

S - SETTING – PLANEAR A ENTREVISTA

P- PERCEPTION – AVALIAR A PERCEÇÃO DO PACIENTE

I – INVITATION – CONVITE O PACIENTE

K – KNOWLEDGE – DAR CONHECIMENTO

E – EMOTION – ABORDAGEM DAS EMOÇÕES

S – STRATEGY – ESTRATÉGIA E RESUMO

PROTOCOLO BUCKMAN/ SPIKES

Vídeo

PROTOCOLO BUCKMAN/ SPIKES

S - SETTING – PLANEAR A ENTREVISTA

P- PERCEPTION – AVALIAR A PERCEÇÃO DO PACIENTE

I – INVITATION – CONVITE O PACIENTE

K – KNOWLEDGE – DAR CONHECIMENTO

E – EMOTION – ABORDAGEM DAS EMOÇÕES

S – STRATEGY – ESTRATÉGIA E RESUMO

Bibliografia

BAILE, Walter F.; BUCKMAN, Robert; LENZI Renato, et al – **SPIKES – A Six-Step Protocol to Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer** [em linha]. In: *The Oncologist*, vol. 5, nº 4 (Agosto 2000). Acedido em [27/7/2011], Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/content/full/5/4/302>

DIAS PEREIRA, Deolinda (1994). – **A representação do cancro nos enfermeiros**. Tese de Mestrado de Ciências de enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa.

DIAS, M. R. (1997). **A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama**. Lisboa: ISPA.

BUCKMAN, R. (1992). **How to break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

CUNHA, Tiago – **Comunicação** [em linha]. In: *Piso 5*, vol.12, nº6 (Novembro – Dezembro 2007, Acedido em [13/07/2010] Disponível em: http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=3

European Oncology Nursing Society (2005). *Core Curriculum European Oncology Nursing Society* (3a ed.). Bruxelas.

HENDERSON, V. (2004). **Princípios básicos dos cuidados em Enfermagem do CIE** (I. Gomes, J. Santos, M. H. Silva, M. I. Soares, T. Félix & T. Rebelo, Trad.). Loures: Lusodidacta.

IGNACIO, Michele Gutierrez; FAVARIN, Rafael Da Nova – **Más notícias: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer** [em linha]. In: *Boletim Electrónico SBPO*, Ano VII, ed. 1 (Janeiro/Fevereiro/Março 2005). ISSN: 0104-0707 Acedido em [30/06/2011], de Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Disponível em: http://www.sbpo.org.br/boletins_arquivos/ano_vii_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf

Bibliografia

- LEAL, Fátima – **Transmissão de más notícias**. [on line] In: Revista Portuguesa Clínica Geral. Nº 19 (2003) pág. 40-43; Acedido a 27/07/2011. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304114303859489.pdf>
- MOURÃO, Elsa (2007, P. 21-34) – **Qualidade de vida do doente submetido a transplante de medula óssea**. Dissertação de Mestrado em Oncologia pela Universidade do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (Julho de 2007). **Um modelo de desenvolvimento profissional**. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (26), pp. 4-20.
- PEREIRA, M. A. G. (Outubro/Janeiro de 2004). **A verdade e a esperança na comunicação de más notícias**. *Enfermagem Oncológica*, (28, 29), pp. 34-39.
- PEREIRA, M. A. G. (Janeiro/Março de 2005). **Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos**. *Texto Contexto em Enfermagem*, (14), pp. 33-37. Acedido em 11 Julho, 2011, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
- QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Lisboa: Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8;