

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem Oncológica

Capacitação do Enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico Submetido a Cirurgia Paliativa

Eunice Maria Tourita Mergulhão

Relatório Estágio orientado por Professora Doutora Alexandra

Pinto Santos

2013



PENSAMENTO

“O desejo de ir em direção ao outro, de se comunicar com ele, ajudá-lo de forma eficiente, faz nascer em nós uma imensa energia e uma alegria, sem nenhuma sensação de cansaço.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste relatório de estágio, Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa, pelos seus ensinamentos, incentivo e disponibilidade.

Aos enfermeiros que participaram na implementação do projeto em especial à Sr^a Enf^a Chefe da cirurgia Licínia Sebastião.

Aos meus pais pelo apoio, ajuda e disponibilidade, ao longo destes meses e em especial nos momentos difíceis.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu obrigado.

RESUMO

A comunicação de uma má notícia é um ato difícil e complexo, gerador de sentimentos de ansiedade e stress, para a maioria dos enfermeiros pelos aspetos emocionais, relacionais e técnicos que lhe estão associados. Ao refletir sobre a prática de cuidados da equipa de enfermagem ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa verificou-se uma formação deficitária a nível técnico, bem como a necessidade de adquirir competências e habilidades comunicacionais centradas na relação de ajuda e na comunicação interpessoal.

A metodologia utilizada foi a de projeto, que decorreu durante seis meses em três campos de estágio para aquisição de competências na área da comunicação. Em contexto de trabalho envolveu 31 enfermeiros do serviço de cirurgia. Foi feito um diagnóstico da situação por questionário tendo revelado que 93,3% dos enfermeiros sabem o que são más notícias, dando mesmo uma definição, 86,6% dos enfermeiros dizem não ser informados ou muito pouco informados quando uma comunicação de más notícias é feita, 32,3% vivenciam como sentimento mais frequente a impotência e 20,5% a tristeza, como estratégias para comunicar 33,3% utiliza a escuta ativa e a principal dificuldade com 36,6% é a de saber como comunicar, foi delineado um plano de intervenção que inclui plano de formação em serviço em duas fases teórica e teórico-prática, elaboração de norma de boas práticas e registos CIPE e instituído momento de reflexão em grupo.

Os resultados mostraram pró-atividade dos enfermeiros na procura da informação, uma partilha e presença de informação nos registos sobre a temática.

Sugere-se a supervisão do projeto de modo a proporcionar a melhoria contínua da qualidade da comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa.

Palavras-chave: Treino/capacitação, enfermeiro, comunicação de más notícias, doente oncológico/cirurgia paliativa.

ABSTRACT

The communication of bad news is a difficult and complex act, generating feelings of anxiety and stress for most nurses by emotional, relational and technician associated with it. In reflecting on the practice of nursing care team to oncology patients undergoing palliative surgery there was a training deficit on a technical level as well as the need to acquire skills and communication skills focused on helping relationship and interpersonal communication.

The methodology used was the project, which ran for six month in three fields from stage to acquire skills in communication. In the context of work involved 31 nurses from surgery service. We made a diagnosis of the situation by having questionnaire revealed that 93,3% of nurses know what they are bad news, even giving a definition, 86,6% of nurses say they are not very informed or uninformed when communication of bad news is made, 32,3% experience as feeling more common impotence and 20,5% sadness, of strategies to communicate, 33,3% use active listening and the main difficult with 36,6% is the difficulty of knowing how to communicate, was outlined a plan for intervention plan that includes training service in two phases theoretical, and theoretical practical guideline for developing best practices and records CIPE and institutes moment of reflection group.

The results show the nurses in search of information sharing and the presence of information in the records on the subject.

It is suggested that the supervision of the project in order to provide continuous quality improvement in communicating bad news to cancer patients undergoing palliative surgery.

Keywords: Training/capacity building, nurse, communication bad news, cancer patient/palliative surgery.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ENF^a - Enfermeira

EONS – European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem

FQR - Frequência

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PNS – Plano Nacional de Saúde

SR^a - Senhora

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1 – DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	15
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1 – A Cirurgia Paliativa em Oncologia: o caso específico dos tumores hepáticos e pancreáticos	20
2.1.2 – Necessidades do doente oncológico em cirurgia paliativa	22
2.2 – Problemas e Dificuldades na Comunicação de Más Notícias em Cirurgia Oncológica Paliativa	24
2.2.1 – Para quem recebe a má notícia	25
2.2.2 – Do Enfermeiro ao dar uma má notícia	26
2.3 – Capacitação do Enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias	28
3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	32
3.1 – Análise do Percorso de Estágio na Consulta de Enfermagem de um Unidade de Doença Oncológica da Mama	32
3.2 – Análise do Percorso de Estágio na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Central	37
3.3 – Análise do Percorso de Estágio no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central	42
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
APÊNDICES	57

Apêndice I – Reflexão Segundo o Ciclo de Gibbs na Unidade da Mama	58
Apêndice II – Reflexão Segundo o Ciclo de Gibbs na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	65
Apêndice III – Questionário	75
Apêndice IV – Gráficos de Distribuição do Sexo, Níveis de Escolaridade Geral e Específica de Más Notícias dos Enfermeiros	78
Apêndice V – Quadros de Apresentação dos Dados da Análise de Conteúdo do Questionário	80
Apêndice VI – Apresentação do Projeto à Equipa de Enfermagem	91
Apêndice VII – Plano de formação e Formação em Serviço	97
Apêndice VIII – Norma de procedimentos para uniformizar a comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa	105
Apêndice IX – Folha de Auditoria	111

INTRODUÇÃO

Este relatório visa refletir o desenvolvimento de um projeto de estágio inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica. Foi elaborado no decorrer da experiência vivida em estágio, em três contextos diferentes, numa consulta de enfermagem de uma unidade de doença oncológica da mama, numa equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e num serviço de cirurgia geral, que decorreu de 3 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013.

O tema do projeto é a capacitação do enfermeiro para a comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa. É um tema pertinente pois como refere Otto (2000) o tratamento cirúrgico com fins terapêuticos ou paliativos é o indicado para a maioria das neoplasias. A doença ao deixar de ter caráter curativo coloca o profissional de saúde perante uma má notícia que está quase sempre associada a uma doença grave sem cura e à morte+(Pereira, 2005, p.36).

Comunicar más notícias exige ao enfermeiro o desenvolvimento de capacidades e competências que permitam responder às necessidades, dúvidas e expectativas do doente oncológico e sua família, e gerir a prática de cuidados, promovendo um ambiente terapêutico e seguro (EONS, 2005).

No preâmbulo do Plano Nacional de Saúde, lê-se %o cancro está entre as três principais causas de morte em Portugal+(PORTUGAL, 2004, p.60), e o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas diz que as doenças oncológicas são a %segunda causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente uma das doenças mais temidas pela população em geral+(PORTUGAL, 2009, p.5).

A doença oncológica tem um elevado grau de incerteza em relação ao futuro, ao sofrimento, à dor, à dependência, à perda de controlo sobre os acontecimentos, a nível do diagnóstico, do tratamento que recorre à cirurgia, radioterapia, quimioterapia, constituindo quase sempre uma ameaça à vida e à integridade pessoal, com repercussões na vida familiar, social e profissional (Matos e Pereira, citado em Pereira e Lopes, 2005).

Apesar dos avanços da tecnologia, da medicina, da evolução dos tratamentos e da disponibilidade para se salvar cada vez mais vidas, ainda existem doentes oncológicos sem perspectivas de cura. Estes doentes vivem com uma doença de progressão lenta, que implica necessidades de adaptação a nível físico, social, psicológico, emocional, espiritual e familiar (Dias, 2005), enfrentando vários problemas decorrentes da doença.

O cuidar passa a ser paliativo visando melhorar a qualidade de vida do doente, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais (PNCP, DGS, Portugal, 2010). Esta perspetiva de cuidar, é crucial que ocorra o mais cedo possível e não só na fase terminal, sendo ambas as vertentes, curativa e paliativa complementares ao longo de todo o processo de doença. À medida que os tratamentos curativos deixam de ter resposta intensifica-se o tratamento paliativo, centrado nas reais necessidades do doente com a finalidade, de proporcionar conforto, bem-estar de melhorar a sua qualidade de vida e da família (Gómez-Batiste, Planas Domingos, Rosa Casas e Viladiu Zuemada, 2000).

A transição da fase curativa para a paliativa obriga à comunicação de más notícias, que Buckman define como %oda a informação que envolva mudança drástica e negativa na vida da pessoa+ (1994, p.13). Comunicar uma má notícia ao doente significa criar-lhe um momento de grande ansiedade e sofrimento, exige aos profissionais de saúde serem peritos em técnicas comunicacionais e relações humanas, pois a comunicação torna-se o instrumento básico para a prestação de cuidados (Pereira, 2008).

Segundo Matos e Pereira (2005) %é de crucial pertinência fornecer ao doente oncológico informação adequada e verdadeira sobre os cuidados que deve tomar, oferecendo uma explicação sobre o seu estado de saúde e os procedimentos de que vai ser alvo+ (Pereira e Lopes 2005, p.17), procurando deste modo envolvê-lo %no processo da sua cura e no controlo da situação bem como aumentar a sua compreensão para a problemática+ (Pereira e Lopes, 2005, p.17) e preparar o seu futuro. Mas há que lembrar que informar em relação %à doença, sua evolução e tratamento é função do médico+ (Dias, 2005, p.27), e esta informação segundo Durá (1998), %é mais de carácter técnico e científico da doença+ (Pereira, 2008, p.88) e

baseada no modelo biomédico. A mesma autora, destaca o papel fundamental dos enfermeiros no processo comunicacional de más notícias, pois %informam os doentes sobre aspetos técnicos ao mesmo tempo que dão apoio emocional+ (Pereira, 2008, p.88). O enfermeiro no artigo 84.º do CDE, %Do dever de informação+, deve fornecer %informação no que respeita aos cuidados de enfermagem de acordo com a vontade expressa do doente, fazendo uso da competência profissional e da qualidade da relação terapêutica estabelecida com o doente+ (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.111).

A comunicação em oncologia é um instrumento, fundamental pois permite o acesso do doente e família à informação de que necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios, dá acessibilidade ao princípio da autonomia, à confiança mútua e à segurança (Pereira, 2008), e constitui %a principal ferramenta terapêutica que dispõe a enfermeira uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo+(Phaneuf, 2005, p.17).

Vários estudos científicos sobre comunicação de más notícias entre os quais Arber e Gallagher (2003); Lenzi, et. al. (2005); Natan, Shahar e Garfinkel (2009); Warnock, Tod, Julie e Soreny (2010) concluem que a intervenção dos enfermeiros baseia-se na identificação das necessidades de informação do doente e família, no papel de suporte, de clarificação, de compreensão, de reconhecimento das dificuldades e apoio em relação ao futuro. Mas para realizar esta intervenção necessitam de formação sobre técnicas de comunicação, complementado com o desenvolvimento de competências relacionais (Buckman 2001; Edwards, 2010), para %melhorar as capacidades e as estratégias de uma comunicação eficaz+(Riley, 2004, p.18), que permitam responder adequadamente às necessidades do doente e família e melhorar a qualidade de cuidados (Pereira, 2004).

O enfermeiro ao adquirir competências comunicacionais, ajuda o doente a %comunicar com os outros, expressando as suas necessidades, emoções, temores, sentimentos e opiniões+ (Henderson, 1994, p.23), estando esta comprometida no doente submetido a cirurgia paliativa atendendo ao impacto da doença, ao medo do futuro, e da aproximação do fim de vida (Sapeta e Lopes, 2007). Saber ouvir, ser sensível à comunicação verbal e não-verbal, aos silêncios, às expressões e aos

sentimentos do doente é fundamental (Pacheco, 2002), até porque dentro da equipa de saúde, o enfermeiro é o elemento que mais tempo passa com ele, que o conhece, compreende e na maioria das situações, é a principal ajuda do doente e a sua intensa relação pode ser em si mesma terapêutica, deve trabalhar o saber e a vontade do doente para o ajudar a ultrapassar esta fase, a aceitar o seu fim de vida+ (Henderson, 1994, p.24), tornando-se fundamental ao enfermeiro adquirir competências em técnicas de comunicação e de relações pessoais para saber estar presente com o doente, proporcionar-lhe conforto, dar-lhe apoio afetivo, ajudá-lo a clarificar a sua situação a adaptar-se às mudanças associada à doença (Benner, 2001).

Comunicar más notícias é uma das tarefas mais difíceis e complexas em saúde, quer para a pessoa que a recebe, como para quem a transmite, gerando nos profissionais medos, ansiedade e desconforto os quais afetam a comunicação (Pereira, 2005). Alguns destes medos são o medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades; de expressar uma reação emocional; de não saber responder a todas as perguntas colocadas pelo doente e família e das suas reações (Buckman, 1994; Pereira, 2005).

Os profissionais sentem dificuldade em gerir a situação adaptando mecanismos de fuga relacionados com os seus próprios medos e receios de falar da morte e da doença, de verem estas notícias como sinónimo de fracasso (Dias, 2005), de não saberem a informação que o doente tem da sua situação, e pelas dificuldades relacionais e comunicacionais presentes em muitos de nós por falta de formação, sendo necessário adquirir habilidades e perícias comunicacionais que permitam desencadear processos interpessoais com qualidade (Sapeta e Lopes, 2007).

Tendo verificado na equipa de enfermagem dificuldades em comunicar más notícias ao doente oncológico cirúrgico por não saber o que fazer, como e quando fazer, considerei pertinente desenvolver um projeto de intervenção que dinamize a equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias ao doente e família, proporcionando a melhoria contínua da qualidade de cuidados e me permita desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista definidas pela Ordem de Enfermeiros (2011).

O projeto tem como finalidade desenvolver na equipa de enfermagem a aquisição de capacidades comunicacionais na área da comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa. Os objetivos gerais traçados para desenvolver competências enquanto enfermeira especialista nesta área foram: adquirir competências de comunicação de más notícias durante a prestação de cuidados ao doente oncológico na fase subsequente à decisão cirúrgica; Identificar os métodos e metodologias adequadas à formação de comunicação de más notícias ao doente oncológico em fase avançada de doença; Melhorar a capacitação da equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias.

O trabalho será estruturado em cinco capítulos, a introdução que apresenta o tema, a delimitação da problemática que formula o problema e a sua fundamentação, o enquadramento teórico que faz uma revisão da temática da comunicação de más notícias, das necessidades do doente oncológico paliativo no caso dos tumores hepáticos e pancreáticos e da capacitação do enfermeiro para a comunicação de más notícias e o planeamento do trabalho em que se apresenta os campos de estágio e as atividades realizadas bem como as competências adquiridas, a conclusão que sintetiza o trabalho, define o futuro e dá enfase às aprendizagens mais significativas.

Após a implementação do projeto a equipa melhorou a qualidade da comunicação ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa, mostrando pró-atividade dos enfermeiros na procura da informação, partilha e presença de informação nos registos e começou-se a utilizar a comunicação como uma ferramenta terapêutica.

1 É DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Este capítulo expõe a problemática da capacitação dos enfermeiros para a comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa, que deu origem ao projeto, refletido nas competências de enfermeiro especialista estabelecidas no Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE e da Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESEL.

O desenvolvimento da tecnologia médica integrada no serviço tornou-a uma unidade de referência pelo elevado grau de diferenciação ao nível da cirurgia hepática e pancreática. Tal originou um aumento de doentes com tumores primários do fígado e do pâncreas ou com metastização destes órgãos secundárias a outros tumores, e muitos deles mesmo já em estadios avançados da doença, depositando nesta equipa a esperança de cura. Mas apesar da tecnologia avançada disponível muitas vezes é nesse internamento que é chegado um momento, em que por muito que se faça, não é suficiente, não chega+(Martins, 2006, p.53) sendo aí confrontados com a não cura.

Reconhecer que uma cirurgia não tem objetivos de cura mas paliativos e como tal não curativos da doença oncológica em que só se pretendeu, com o ato cirúrgico reduzir a dor, diminuir as complicações associadas ao tumor e melhorar a qualidade de vida (Barón, Ordóñez, Feliu, Zamora, e Espinosa 1996; Way e Dherty, 2004; Kearney e Richardson 2006), não é fácil para o doente e por vezes uma surpresa para a sua família e uma dificuldade para os profissionais. Comunicar ao doente que o fim de vida pode estar próximo deve ser feito pelos profissionais de saúde de forma sensível %em retirar a esperança, deixando claro para o doente que não vai ser abandonado que ainda existe um longo caminho a percorrer+(Kübler Ross, 2002, p.34), que é agora de proporcionar conforto, diminuir o sofrimento, e manter o bem-estar.

Sabe-se que comunicar um diagnóstico de doença oncológica, tem um forte impacto psicológico no doente e família, mas o mesmo impacto acontece quando a informação a dar é sobre uma cirurgia que não removeu o tumor maligno, nem as metástases ou tecidos invadidos. Ambas são más notícias que chocam, causam sofrimento em forma de medo, angústia, ansiedade, desgosto, depressão, desamparo

(Leal, 2003; Pereira e Lopes, 2005) e levantam suspeitas quanto à evolução da doença e incerteza quanto ao futuro.

Até porque se antevê como certo que se aproximam tempos em que se vivenciam situações complexas com %sintomas múltiplos, multifatoriais, e intensos+ (Gómez-Batiste, Planas Domingos, Rosa Casas e Viladiu Zuemada, 2000, p.1) que pulverizam as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, pelo que ao controlo dos sintomas, se acrescentam outros pilares da intervenção como o apoio psicológico, espiritual e emocional ao doente e família, a interdisciplinaridade da equipa e a comunicação eficaz numa resposta global dos profissionais (Portugal, PNCP, 2010).

Como lembra Phaneuf os enfermeiros %têm a responsabilidade legal e profissional de prestar cuidados competentes, personalizados, eficazes, de apoio, de acompanhamento ao longo do processo de doença+ (2005, p.13), revestindo-se de primordial importância a comunicação que se estabelece com o doente e família, para promover suporte emocional, reduzir o stress e a angústia, pois como refere Pereira (2008, p.18) %a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária, à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem+, tornando-se a comunicação interpessoal o veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica (Riley, 2004).

Após reflexão individual e em conversas informais com os colegas, percebi que todos nós sentimos dificuldades em comunicar más notícias com os doentes nestas situações, não por desinteresse, mas por insegurança, por não sabermos %partilhar as emoções, os sentimentos, por se exigir da nossa parte a capacidade de falar e de escutar+ (Costa, 2004, p.70), que não possuímos por falta de formação teórica, mas sobretudo teórico-prática.

Assim surgiram-me algumas interrogações: o que fazer para melhorar este processo de comunicação? Quais as dificuldades do enfermeiro ao comunicar más notícias ao doente oncológico com doença avançada? E como reage o doente a estas notícias? Tendo surgido a questão principal: Como capacitar os enfermeiros para comunicarem com estes doentes de modo a responderem às suas necessidades?

Atualmente no serviço, os enfermeiros estão constantemente em contato com a transmissão de más notícias, ao longo da doença incurável, sendo uma das tarefas mais difíceis com que são confrontados (Vitorino, Nisenbaun, Gibello, Bastos e Andreoli, 2007; Pereira, 2008; Palmer & Thain, 2010), causando na equipa ansiedade e stress, pela dificuldade em abordar este assunto pois ninguém gosta de ser portador de uma má notícia+(Brixey, 2004, p. 347).

Os enfermeiros referem sentir dificuldades ao dar uma má notícia, pelo medo de causarem dor, pelo sofrimento e desesperança que causam no doente, mas também pelos nossos próprios medos (Buckman,1994 e 2001) em falar da doença incurável e da morte, da reação do doente e família, de não sabermos gerir a situação, de serem detetadas as nossas dificuldades relacionais e comunicações o que dificulta a comunicação terapêutica. Estas dificuldades referidas por um pioneiro neste assunto são também apontadas por alguns autores (Sapeta e Lopes, 2007; Pereira, 2008; Sapeta, 2011) que dizem que comunicar más notícias é causador de desconforto nos profissionais de saúde, pela dificuldade que temos no estabelecimento do processo de comunicação, por não sabermos que dizer, como fazer ou por não saber qual a informação que o doente e família têm, ou qual a que desejam ter. Outros autores dito pela investigação afirmam existir um défice de treino e de formação no uso de técnicas de comunicação, (Arber e Gallagher, 2003; Fallowfield e Jenkis, 2004; Liénard, et al 2010; Warnock, Tod, Foster e Soreny, 2010) do como fazer, o que dizer, ao dar as más notícias, e que estratégias usar para comunicar com o doente e família. Em alguns estudos (Chauhan e Long, 2000; Edwards 2010; Liénard, et. al., 2010; Chen, 2011) estes métodos e técnicas de comunicação, são a simulação de treino de comunicação de más notícias, o role play, bem como a utilização de guidelines (Bucknam, 2001) que são desenvolvidas para preparar, e orientar a comunicação, bem como dar ideias do que perguntar ao doente, tendo como objetivo desenvolver perícias e habilidades favorecendo a educação e a formação dos profissionais, das quais destaco o Protocolo de Buckman.

Ao desenvolver uma comunicação eficaz o enfermeiro adquire um conhecimento profundo do doente no sentido de ser um reforço (Henderson, 1994), no momento da informação, devendo procurar saber se este quer realmente ser ou não informado, as

respostas dos pacientes quanto ao desejo de serem informados ou não sobre o diagnóstico variam consoante o grau de amadurecimento pessoal (Silva e Zago, 2005, p.2).

A necessidade de informação e a forma como é processada varia de doente para doente conforme a sua história, conhecimento e crenças que possuem, bem como o seu momento de vida, pois cada pessoa tem as suas particularidades e características. O doente deveria ter a oportunidade de solicitar a informação que é capaz de processar em cada momento, se quer saber a verdade, deve marcar o ritmo, o tempo, os silêncios, escolher os interlocutores e a forma como gostaria que a informação lhe fosse transmitida, devendo a atuação do enfermeiro ser adaptada a cada caso, de forma adequada, honesta e respondendo às suas necessidades (Almeida, 2003; Querido, Salazar, e Neto, 2010).

Atualmente no serviço nem sempre o enfermeiro consegue saber qual a informação que foi dada pelo médico ao doente nem tem a percepção se o doente e família sabem se a cirurgia a que vai ou foi submetido, é curativa ou paliativa, o que limitada a nossa intervenção, não se estabelecendo a interdisciplinaridade de cuidados. Os enfermeiros têm de ter presente que a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o doente a um sentimento de insegurança em relação à doença ao prognóstico, assim como na sua relação com os profissionais (Leal, 2003, p.40), limita a tomada de decisão do doente pois a comunicação, mais do que uma ferramenta terapêutica a incluir no cuidados, é uma atitude profissional promotora da autonomia, da confiança (Costa, 2004, p.73), e doentes informados acerca da sua doença tomam decisões informadas, têm responsabilidades e compreendem a sua situação o que permite planear o futuro (Warnock, Tod, Foster e Soreny 2010, p.1544).

Transmitir uma má notícia é um ato doloroso, para quem recebe a notícia como para quem a transmite, porque é um tipo de informação que provoca uma mudança negativa nas expectativas do doente e família em relação ao seu presente e ao seu futuro (Twycross, 2001, p.41). Cuidar destes doentes exige um entendimento da pessoa como um todo para além dos cuidados ao corpo, é necessário cuidar a mente, o espírito, ajudá-lo a mobilizar os seus recursos internos e cuidar da família, com igual importância (Sapeta, 2011, p.21), é (Pereira e Lopes, 2005) gerador de situações

problemáticas no doente, na família e em nós enfermeiros, sendo por isso frequente evitar abordar esta temática, refugiamo-nos na falta de tempo, para ouvir, para estar com o doente, este comportamento pode ser entendido como um mecanismo de defesa, uma proteção para não se envolver emocionalmente+(Pereira e Lopes, 2005, p.5), pois torna-se mais fácil desconhecer o que doente e família sabem do diagnóstico/prognóstico o que pode levantar barreiras e comprometer o desenvolvimento de uma comunicação aberta e eficaz +(Pereira, 2008, p.19).

Resolver este problema em relação à comunicação de más notícias é oportuno tanto para o doente como para o enfermeiro. Ao doente a comunicação eficaz de más notícias, (Pereira, 2008; Sapeta, 2011) ajuda-o a enfrentar a sua situação, a reduzir a incerteza, a ser o decisor do seu processo de doença, a preparar o seu futuro. Para o enfermeiro é importante desenvolver (Ptacek e Ellison, 2000; Radziewicz e Baile, 2001, Palmer e Thain, 2010), perícias e competências comunicacionais através da formação o que fortalece a relação enfermeiro/doente, promove a coesão e o suporte, favorece a comunicação terapêutica melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família (Twycross, 2001; Lopes e Pereira, 2005; Pereira, 2008).

No início do percurso académico situava-me no nível de competência proficiente, segundo o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001) pelos anos de experiência e reflexão da prática foi adquirindo conhecimentos, capacidades para comunicar uma má notícia ao doente e família, respondendo às suas necessidades. Ao longo destes meses desenvolvi competências e habilidades, para saber fazer, como e quando fazer uma comunicação de más notícias, identificando as necessidades do doente, conhecendo-o profundamente, dando resposta às suas preocupações, e vendo as situações no seu todo, o que implica atingir um nível de competência de perito.

As competências adquiridas segundo o Modelo de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e da EONS permitiram identificar as necessidades do doente oncológico e família, utilizando a comunicação para criar e manter um ambiente seguro. Conhecer as teorias e usar as técnicas de comunicação como estratégia para promover o bem-estar do doente com cancro através da comunicação eficaz e terapêutica. Integrar a equipa multidisciplinar, promovendo a comunicação e a articulação entre os elementos (EONS, 2005; OE, 2011).

2 É ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 É A Cirurgia Paliativa em Oncologia: o caso específico dos tumores hepáticos e pancreáticos

A cirurgia é o tratamento de eleição do cancro, %erca de 90% dos doentes com cancro submetem-se a alguma intervenção cirúrgica para diagnóstico, tratamento inicial ou manuseamento de complicações+ (Otto, 2000, p.527). Ao falar-se de uma intervenção cirúrgica, a maioria das pessoas associa-a a um tratamento que cura, causando no doente e família uma expectativa elevada de controlo da doença oncológica precisamente porque %a cirurgia curativa busca a cura da doença ou a recuperação de disfunções removendo ou alterando os tecidos doentes ou danificados+ (Burke citado em Bolander, 1998, p.1697). É um facto que atualmente a maioria, %los tumores podem ser removidos, de qualquer parte do corpo, como resultado dos progressos nas técnicas cirúrgicas, e com uma melhor compreensão dos padrões metastáticos dos tumores+(Pfeifer citado em Otto, 2000, p. 529).

No entanto, existem doentes onde a cura não é possível, por ter havido impossibilidade de diagnóstico precoce ou por o tumor ser de difícil localização, muito volumoso ou já com invasão de órgãos adjacentes, %o tumor invadiu órgãos, disseminou-se através de todo o organismo+ (Abiven, 2001, p.20). Nestes casos em que a neoplasia já entrou num caminho irreversível a cirurgia curativa é impraticável. À medida que a doença evolui, deve-se ter em conta a eficácia dos tratamentos e definir os critérios da manutenção de um tratamento ativo ou paliativo.

Mas há sintomas associados à doença oncológica, que só se conseguem controlar através de cirurgia, apelidada de paliativa, pois trata-se de %uma intervenção que visa aliviar os sintomas de determinada doença, mas não conduz à cura+(Bolander, 1998, p. 1697). É um procedimento comum nas doenças crónicas ou terminais visando o alívio da dor, dos quadros obstrutivos, e tendo como finalidade minimizar os sintomas provocados pela doença, e proporcionar uma melhoria da qualidade de vida (Otto, 2000).

Diversos autores (Sigurdsson, Soreide, Dahl, Skarstein, Hofacker e Korner, 2009; Bockhorn, Burdelski, Bogoevski, Sgourakis e Izbicki, 2011; Sargent et. al., 2011)

referem como intervenções paliativas mais frequentes, as resseções terminais, as derivações biliodigestivas, as ostomias, os bypass dependendo do tipo e localização do tumor, e recomendam que deve sempre ser analisado a relação risco/benefício, em relação à qualidade e quantidade da sobrevida. Segundo Jaurrieta estes critérios nem sempre estão bem definidos, em primeiro lugar deve-se ter em conta as características do doente, o estado geral pois é de esperar um aumento de mortalidade e morbidade pós-operatória+ (Gómez-Batiste, Planas Domingo, Rosa Casas & Viladiu Zuemada, 2000, p.40), uma outra condição é a patologia associada, e a própria agressividade do tumor, que inviabiliza a intervenção cirúrgica e disponibiliza métodos alternativos, como a colocação de endopróteses+ (Gómez-Batiste, Planas Domingos, Roca Casas e Viladiu Zuemada, 2000, p. 89).

Na patologia hepática e pancreática existe um grande número de doentes em que o diagnóstico é feito já com a doença em estadio avançado, pela particularidade de a maioria destes tumores não apresentarem sintomatologia precoce sendo só detetados quando aparece um quadro de icterícia, dor abdominal e lombar intensas, emagrecimento acentuado, que após exploração do quadro clínico (Otto, 2000), revela na maioria das vezes a presença de tumores volumosos sem resposta à cirurgia curativa.

O cancro do fígado inclui carcinomas hepatocelulares, do canal biliar intra-hepático e colangiocarcinomas+ (Otto, 2000, p.168), mas o cancro da vesícula biliar mais comum é o adenocarcinoma e o tratamento de eleição é a resseção cirúrgica, principalmente a hepatectomia+ (Otto, 2000, p.168). Há três categorias diferentes de cancro do pâncreas segundo Otto (2000, p. 176) pâncreas exócrinos, da ampola de Vater e os dos ilhéus de Langerhans, sendo que os doentes submetidos a cirurgia curativa habitualmente realizam duodenopancreatectomia ou pancreatectomia total, tendo a cirurgia a função de aliviar a icterícia, a obstrução da passagem gástrica e a dor+. Se a intervenção cirúrgica for paliativa, pode ser a gastrojunostomia, para aliviar a obstrução duodenal ou a colecistojejunostomia ou coledocojejunostomia para indicar uma passagem secundária à obstrução distal da árvore biliar+(Otto, 2000, p.176).

Quando a cirurgia não é opção para a icterícia obstrutiva, esta pode ser aliviada através da colocação endoscópica de um dispositivo de drenagem da bÍlis cateter trans-hepático percutâneo ou drenagem interna (Otto, 2000).

2.1.2- Necessidades do doente oncológico em cirurgia paliativa

A doença oncológica assume uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou, pela insegurança, medo irracional e imprevisível que gera no doente e no sistema familiar+ (Pereira, 2005, p.36). É uma doença com um foco contínuo de ansiedade e stress, cheia de incerteza em relação ao seu tratamento e prognóstico, que evoca respostas emocionais complexas resultando frequentemente em desespero, impotência e depressão grave (Pereira e Lopes, 2005).

O impacto do internamento e da cirurgia nos doentes oncológicos não é diferente dos outros doentes cirúrgicos %a hospitalização pode constituir uma nova experiência e a própria cirurgia ser resultante da primeira grande doença. O medo do desconhecido, a separação dos sistemas de suporte familiar e amigos, são preocupações habituais+ (Burke citado Bolander, 1998, p.1704). Reagem com apreensão, irritados, ansiosos, com medo da morte, da anestesia, da dor e da mutilação sentem-se %a inseguros face ao resultado cirúrgico e à recuperação+(Melo, 2005, p.84).

A cirurgia interfere com aspetos da vida da pessoa, constituindo uma ameaça à capacidade individual para satisfazer as necessidades fisiológicas e psicológicas básicas, ajudando as enfermeiras o individuo, a adaptar-se às alterações e aos problemas atuais ou potenciais resultantes da cirurgia (Melo, 2005).

As necessidades do doente submetido a cirurgia oncológica, assentam na recuperação física e psicológica. Contudo o enfermeiro deve ter consciência dos problemas que %ão únicos no progresso da doença cancerosa, ter especial atenção que o plano de cuidados do doente deve incluir ações de enfermagem para aspetos psicossociais e existenciais e para as complicações específicas de cancro+ (Pfeifer citado em Otto, 2000 p.544). Baseando a sua intervenção na relação terapêutica %a parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel+(OE, 2001, p.8).

O doente encontra-se debilitado necessitando de aliviar os sintomas físicos como a dor, o prurido, a fadiga, a malnutrição ou sintomas de stress, como cefaleias e insónias que devem ser minimizados (Pfeifer citado em Otto, 2000, p.544). Os resultados terapêuticos pretendidos são a busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá ser centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares, conferindo dignidade, e aceitando os limites e a morte (Sapeta, 2011, p. 23).

As necessidades destes doentes assentam na incerteza e no desespero de um desfecho possivelmente fatal (Matos e Pereira citado Pereira e Lopes, 2005, p.39) procuram saber a eficácia da cirurgia, a evolução da doença, que limitações poderão ter a nível físico, psicológico e social.

Devemos gerir as necessidades emocionais e psicológicas, através de uma linguagem comum que permita uma comunicação eficaz (APE, 2002, p. 7). Na CIPE e apesar dos múltiplos enunciados e diagnósticos, destaca-se o diagnóstico autocontrolo-ansiedade, que o doente toma disposições para dominar em si próprios os sentimentos de ansiedade (APE, 2002, p.51) e o autocontrolo-medo, para o doente dominar em si próprio os sentimentos de alarme provocados por uma fonte identificável (APE, 2002, p.52) e um conjunto de intervenções associadas, que têm como fim estabelecer a comunicação útil e eficaz através da comunicação expressiva de emoções, encorajar o autocontrolo ansiedade/medo, estabelecer relação e escutar a pessoa, facilitar a expressão de dúvidas e emoções, vigiar a reação ao medo e ansiedade (APE, 2002). Estas intervenções reduzem a incerteza e constituem uma ajuda para os doentes e família a aceitarem a doença, lidarem com a situação e participarem no processo de cuidar (Pereira, 2004).

O doente tem direito a saber a verdade sobre a sua doença e processos terapêuticos, e os profissionais têm o dever de prestar essa informação, sem lhe retirar a esperança refletindo sobre o tipo de metodologia a utilizar, nomeadamente o tipo de comunicação a estabelecer com o doente, não nos esquecendo, que é um ser único, com a sua própria patologia, sofrimento, sentimentos, valores familiares, sociais e culturais, propondo-se, assim, uma ponderação individual por parte dos profissionais (Almeida, 2003, p. 24).

2.2 É Problemas e Dificuldades na Comunicação de Más Notícias em Cirurgia Oncológica Paliativa

A comunicação é um processo que está presente em todos os momentos e em todas as atividades, permitindo à pessoa trocar informações sobre si e sobre o que a rodeia. Para Phaneuf é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas, transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e pela maneira de agir dos intervenientes+(Phaneuf, 2005, p.23). Podemos assim afirmar que a comunicação em saúde é uma arma terapêutica a incluir no plano de cuidados pois favorece a confiança mútua e o princípio da autonomia que proporciona ao doente o controlo sobre a sua situação+(Pereira, 2004, p. 38).

Diversos autores definem más notícias (Brixey, 2004; Palmer e Thain, 2010) como uma informação negativa que altera a vida presente e futura do doente. Buckman (1994, p.13), reforça a mesma ideia afirmando que é toda a informação que envolva mudança drástica e negativa na vida da pessoa e no seu futuro+, para (Twycross, 2001; Querido; Salazar e Neto, 2010) são informações que modificam drasticamente e negativamente a ideia que a pessoa tem da sua vida futura. Para Fallowfield e Jenkins (2004, p.312), más notícias é uma informação que produz uma alteração negativa nas expectativas e perspetivas da pessoa no presente e no futuro. É ainda toda a notícia que afeta os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental de quem recebe a notícia e altera a dinâmica familiar+.

As más notícias em saúde, incluem situações de ameaça à vida, doença grave sem cura e diagnósticos terminais (Vandekieft, 2001; Fallowfield e Jenkins, 2004; Radziewicz e Baile, 2001) é um momento difícil e delicado para o doente, família e profissionais de saúde, está envolta em dor, desconforto, sofrimento, associa-se à ideia de doença incurável e à morte (Silva e Zago, 2005).

Estas notícias poderão ser alarmantes pelas repercussões físicas, sociais e familiares, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissionais de saúde, constituindo-se numa das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais+(Pereira, 2008, p. 30). É um

momento perturbador para a pessoa que recebe a notícia, como para a pessoa que a transmite, sendo uma das tarefas mais difíceis dos profissionais de saúde (Leal, 2003).

2.2.1 É Para quem recebe a má notícia

Comunicar uma má notícia ao doente e família é um momento de grande ansiedade e sofrimento (Pereira, 2008), exige uma comunicação eficaz entre a equipa, o doente e a família+(Sapeta, 2011, p.81).

Os doentes quando confrontados com uma má notícia apresentam sentimentos diversos entram numa fase de choque, descrença, apatia, negação, culpa e cólera (Matos e Pereira, 2005; Gomes, 2010). Têm uma reação emocional intensa sentem medo e desgosto que por vezes transformam em raiva contra as pessoas que lhe estão juntas, o choro, o silêncio e recusarem-se a falar da sua situação é frequente (Leal, 2003; Matos e Pereira, citado em Pereira e Lopes, 2005). Vivenciam fatalismo; desesperança; sensação de incapacidade; ansiedade e depressão; supressão de emoções e isolamento+(Matos e Pereira, citado em Pereira e Lopes, 2005, p.29), sentem-se abandonados, pensam que nada mais há a fazer sendo o objetivo da comunicação reduzir a incerteza, indicar ao doente e família uma direção e melhorar o relacionamento entre o doente e profissional, independentemente do que venha a acontecer-lhe, nós não o abandonaremos+(Twycross, 2001, p.38).

Apesar do impacto da doença e daquilo que ela representa, também a forma e o contexto em que a informação é transmitida, assume uma importância fundamental, muitos são os doentes que referem que a razão pelo qual a notícia teve impacto, os abalou e sentiram um choque tão severo, se deveu à forma como receberam a notícia+(Matos e Pereira, citado em Pereira e Lopes 2005, p.32). Os doentes com cancro geralmente procuram saber a verdade, devendo os profissionais de saúde encontrar um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer sempre a verdade e a necessidade de não lhe provocar qualquer mal, promovendo a autonomia, contribuindo para o estabelecimento do clima de confiança com a equipa de saúde, não dando falsas esperanças e metas irrealistas em relação ao seu futuro+(Pacheco, 2002, p.125), ao informar devemos ter o cuidado de só revelar o que o doente deseja saber, de acordo com as suas necessidades e de forma a mobilizar os recursos e as suas capacidades

para enfrentar e aceitar a doença+(Twycross, 2001; Leal 2003), ponderando que cada pessoa é um caso singular.

Existe a tendência dos profissionais de saúde não informarem o doente refugiando-se no facto de assim estarem a protegê-lo e a manter-lhe a esperança, quando na realidade esta atitude paternalista tem um efeito adverso, dá-lhe falsas esperanças fazendo-o viver uma situação irrealista (Twycross, 2001), conduzindo-o a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico+(Leal, 2003, p.40). Na maioria das vezes os familiares são os primeiros a serem confrontados com as más notícias, e a pedirem aos profissionais para nada ser dito aos doentes contribuindo para a conspiração de silêncio+(Leal, 2003, p.42), face a esta situação o profissional deve fomentar que a família expresse os seus sentimentos e não evite falar da doença, sua evolução que todos sabem como irá ocorrer+(Gomes, 2010, p.4).

2.2.2 *Do enfermeiro ao dar uma má notícia*

A comunicação de más notícias é uma realidade no quotidiano dos enfermeiros, da qual ninguém gosta de ser portador+(Brixey, 2004, p. 347). É uma experiência stressante, pelo que os profissionais têm tendência de, não informar o doente da sua real situação como proteção, quer para o doente como para si próprios+(Fallowfield e Jenkins, 2004, p. 2004), não procurando saber qual a informação que o doente tem, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas dos doentes ou dos familiares como de gerir a situação (Pereira, 2005).

Comunicar más notícias é gerador de ansiedades, medos, sentimentos de insegurança, de inutilidade, de desconforto, conduzindo a mecanismos de fuga nos profissionais, os quais afetam a comunicação+(Pereira, 2008, p.78). Muitos destes medos estão relacionados com os medos de serem responsabilizados e culpados pelo doente e família da situação, bem como o medo de não saber comunicar e compreender as reações emocionais do doente e família e as suas próprias reações e medos perante a situação (Buckman, 1994, Pereira, 2008).

Os enfermeiros têm dificuldades de encarar a sua própria morte o que é inibidor do processo comunicacional, não permitindo a partilha de emoções e de sentimentos entre profissional e doente+(Pacheco, 2000, p.128), sofrem uma sensação de fracasso, de

culpa, de incapacidade de aceitar a inevitabilidade da não cura (Twycross, 2001; Sapeta, 2011). Mas a maior dificuldade neste processo é a falta de competências relacionais e comunicacionais, temos dificuldade de ouvir o outro, de compreendê-lo, de empatizar, de aceitar as nossas próprias crenças e emoções (Pacheco, 2000; Phaneuf, 2005) o que limita a comunicação interpessoal e a relação de ajuda tão necessário no cuidado destes doentes+(Pereira, 2008, p.92).

No seio da equipa de enfermagem, surgem interrogações em torno de quem deve informar. Alguns estudos (Brixey, 2004; Natan, Shahar e Garfinkel, 2009) dizem que esta informação deve ser fornecida por quem dentro da equipa mais bem posicionado está, quem melhor conhece e se relaciona com o doente, quer seja médico ou enfermeiro, devendo de preferência ser feito em equipa multidisciplinar. Na nossa realidade o CDE (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005) no Artigo 84º - Do dever de informação na alínea a) "informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem"; e na alínea c) "atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem" aclara a conduta do enfermeiro no ato de informar: fazendo uso da competência profissional, da qualidade da relação terapêutica estabelecida com o doente, tendo em consideração as capacidades de compreensão e as necessidades de informação de cada pessoa, estando o enfermeiro muito bem posicionado para informar e explicar adequadamente+(Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.109).

Diversos estudos (Fallowfield e Jenkins, 2004; Edwards, 2010; Fukui, Ogawa e Fukui, 2010; Palmer e Thain, 2010) apontam como dificuldade a inadequada falta de formação na área da comunicação de más de notícias, quer a nível teórico, como a nível da prática e de treino em técnicas e habilidades comunicacionais, desenvolvida em paralelo com o trabalho emocional e relacional, para efetuar uma comunicação eficaz. Também as barreiras no processo de comunicação, como "a dificuldade de acesso à informação, de forma clara e simples, e a não partilha de informação por falta de tempo dos profissionais em comunicar+(Querido, Salazar e Neto, 2010, p.465) e o uso de termos técnicos, difíceis de entender, uma informação muito pormenorizada ou escassa dificultando o entendimento pelo doente (Twycross, 2001; Pereira, 2008), colocam em causa a relação enfermeiro-doente tão importante nesta intervenção.

2.3 É Capacitação do Enfermeiro para a Comunicação de Más Notícias

Os enfermeiros diariamente adquirem conhecimentos para comunicar e transmitir informações em situações extremas o que requer perícia, habilidades, capacidades, bom senso, objetividade (Benner, 2001; Pereira, 2008) são obrigados a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente+ (Benner, 2001, p. 103), compreendem-no, ouvem-no, dão-lhe apoio e encorajam-no a ser um decisor do seu processo de doença oferecem maneiras de ser, de enfrentar, novas perspectivas graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de enfermagem+(Benner, 2001, p. 104).

A capacitação implica o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências+ (Nunes, 2008, p.4), é um processo que permite aos enfermeiros criar oportunidades para se sentirem mais competentes, independentes e autoconfiantes permitindo reduzir as dificuldades e lacunas presentes (Pereira, 2008).

A competência refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva de conhecimento e das capacidades incluindo ajuizar+ (OE, 2003, p. 53), o que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e socio-afetivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados+(Phaneuf, 2005, p.4). Le Boterf (2003) citado por Sapeta, situa a competência em três eixos formados pela pessoa, pela formação/educação e pela experiência profissional, sendo a competência o saber agir, o saber fazer e o saber estar+(Sapeta, 2011, p.101).

Para comunicar más notícias o enfermeiro deve desenvolver a capacidade de escuta (obriga a um empenhamento total da enfermeira para captar todos os indicadores emitidos pelo doente tanto verbal como não verbal); capacidade de clarificação e de ajuda em clarificar (fazer-se compreender e ajudar a exprimir as vivências); capacidade de se auto respeitar e de respeitar o seu doente (expressa nos comportamentos, nos acontecimentos e nos gestos); capacidade de ser congruente com os outros e consigo (viver confortavelmente as emoções, apresentar-se perante o doente sem disfarces, viver e exprimir os seus próprios sentimentos); capacidade de ser empático

(envolvendo-se com o doente, colocar-se no seu lugar, ser sensível aos seus problemas), (Lazure, 1994; Costa, 2004).

Tendo como referencial teórico V. Henderson na definição de Enfermagem o enfermeiro ao capacitar-se para comunicar más notícias tem como função ajudar o doente a adquirir conhecimentos para compreender a informação que lhe é transmitida sobre a sua doença grave ou a caminhar para uma morte pacífica, de forma a manter o equilíbrio emocional+ (Henderson, 1994, p.21) e para que tal aconteça a enfermeira deve conhecê-lo, estar presente e partilhar emoções. A relação que estabelece neste processo de cuidar assenta em níveis de intervenção como substituta, ajudante e parceira do doente, a principal ajuda do doente estabelecendo uma relação terapêutica+(Henderson, 1994, p.24), onde o seu papel de ajudar as pessoas a morrer dignamente, havendo a necessidade de discutir com o doente e família os temas que rodeiam o assunto+, (Henderson, 1994, p.33) ajudando-o a acreditar nas suas potencialidades para decidir sobre a sua vida e seguir as suas convicções, criando um clima de confiança e tendo em conta a fragilidade da pessoa, as suas angústias, medos e até a incapacidade de compreender e aceitar a verdade+ (Pereira, 2008, p.90).

Também para Benner o desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e de colaboração+(Benner, 2001, p.14) são fundamentais durante o processo da doença incurável o que requer abertura, ambiente seguro e conhecimentos do enfermeiro adquiridos através da perícia da aprendizagem diária do saber fazer, do saber agir, as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, que aprendem com os seus pacientes e as suas famílias+ (Benner, 2001, p.13). Segundo a mesma autora o domínio das competências a desenvolver na comunicação de más notícias é a função de ajuda, de educação, de orientação e de guia (Benner, 2001).

Quando o enfermeiro transmitir uma má notícia é fundamental delinear estratégias de intervenção facilitadoras de um padrão comunicacional deve perguntar diretamente ao doente o que sabe sobre a sua doença, o que está a sofrer, o que o amedronta, como reage e lida com a situação (Sapeta, 2011). Deve responder de forma honesta, respeitadora, e adequada deve utilizar linguagem simples, com recurso a termos que a

pessoa compreenda facilmente, com frases curtas, concisas, precisas e claras, com palavras exatas, adaptando-se ao contexto+ (Phaneuf, 2005, p.112), e a capacidade da enfermeira de falar com a pessoa cuidada dos seus problemas, de reformular o seu pensamento de lhe exprimir a sua compreensão, depende sobretudo da maneira como a enfermeira exprime as coisas, do seu comportamento verbal e não-verbal+ (Phaneuf, 2005, p.93).

É de extrema importância o desenvolvimento de estratégias de comunicação assertivas e responsáveis, que assentam na escuta, no silêncio, na orientação, no encorajamento, na consideração, na reflexão, na focalização, na recapitulação, na síntese, e na planificação (Riley, 2004; Phaneuf, 2005), como meio facilitador para o estabelecimento da comunicação interpessoal. Mas para a comunicação ser eficaz, é preciso desejar estar com o doente, sentar-se de forma a olhar o outro nos olhos, mostrar disponibilidade, adotar uma linguagem corporal positiva, tocar o outro se este o permitir, deixar o doente falar não interrompendo e saber utilizar o silêncio como momentos de reflexão e partilha emocional (Querido, Salazar e Neto., 2010, p. 482).

Para Henderson, (1994) a estratégia do enfermeiro, é deixar o doente exprimir os seus sentimentos, orientando-o através de uma comunicação aberta e eficaz, #têm de saber ouvir, e analisar os silêncios+ (Henderson, 2007, p.9), deve entrar na pele do doente através da compreensão empática %encorajando-os a desabafar os medos de que eles próprios não percebiam ter, ajudando-os a compreenderem-se a si próprios+ (Henderson, 2007, p.9) a aceitarem o que não pode ser mudado, ajudando-o %a ultrapassar uma provação, resolver uma situação atual ou potencialmente problemática, encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório, detetar o sentido da existência+ (Lazure, 1994, p.14). Devendo a enfermeira melhorar o seu autoconhecimento %a capacidade de reconhecer e resolver os próprios problemas emocionais, e o reconhecimento dos seus recursos e das suas limitações+(Henderson, 2007, p.9).

Comunicar más notícias não tem uma forma pré definida, %não existe uma norma para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas particularidades e características próprias pelo que a atuação do profissional deve ser adaptado a cada caso+, (Pereira, 2004, p.35).

A investigação científica demonstra a necessidade de os profissionais terem formação para comunicar más notícias (Natan, Shahar e Garfinkel, 2009; Edwards, 2010; Palmer e Thain, 2010), sugerindo para isso o uso de técnicas comunicacionais, como o **Role Play** que descreve a dramatização de situações de reais+ (Chauhan e Long, 2000, p.931), e a simulação de técnicas de comunicação, análise de vídeos (Chen, 2011) que orientam, guiam e dotam os profissionais na forma de transmitir uma má notícia.

Um dos modelos que surge como uma técnica de comunicação, é o Protocolo de Buckman (1994, 2001) é um guia orientador para a pessoa que transmite a notícia ajudando a perceber quais as competências, habilidades e estratégias que são necessárias mobilizar durante a comunicação. Orienta na recolha da informação sobre o que o doente sabe, ajuda a transmitir a informação de forma clara e acessível, permite o suporte emocional ao doente e família e promove o desenvolvimento do plano terapêutico. É composto por seis etapas (Buckman, 1994, p.62) designado de SPIKES, e cada letra significa uma etapa: S . **Setting up the interview**: Preparar a entrevista e o ambiente que deve ser em local privado, recolher informação clínica importante, preparação mental e emocional do enfermeiro, permitir ao doente a presença de pessoa significativa. P . **Perception**: Perceber o que o doente sabe da sua doença, as respostas do doente dão informação do nível de compreensão da situação; estado emocional. I . **Invitation**: Descobrir o que o doente quer saber, convidar ao diálogo, pesquisar se o doente quer ter conhecimento da sua situação. K . **Knowledge**: Partilhar e dividir a informação, dar a notícia, dar um tiro de aviso que a notícia é má, verificar a reação do doente, utilizar perguntas abertas para perceber se o doente compreendeu a informação dada, manter a esperança. E . **Emotions**: Responder às reações e emoções do doente, respeitar o choro, o silêncio, disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, receios e expetativas em relação ao futuro, reforçar as informações importantes pela segunda vez. S . **Strategy and Summary**: Planear e acompanhar, fornecer um plano de ação futura em conjunto com o doente, manter metas realistas, mostrar ao doente que estamos sempre perto e disponíveis para falar, ouvir e esclarecê-lo, encerrar a entrevista.

3 É IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Este capítulo relata a implementação do projeto, nos campos de estágio sendo apresentadas as atividades aí desenvolvidas para atingir os objetivos propostos e analisados os resultados obtidos e as competências adquiridas.

3.1- Análise do Percorso de Estágio na Consulta de Enfermagem de uma Unidade de Doença Oncológica da Mama

A realização do estágio nesta unidade da mama, possibilitou-me o contacto com o doente oncológico ao longo de todo o percurso de doença, desde o diagnóstico, tratamento, reabilitação e follow up, integrada numa equipa multidisciplinar perita em cuidar destes doentes. O estágio teve a duração de 142 h e decorreu de Outubro até à primeira semana de Novembro.

No início do estágio apresentei os meus objetivos à enfermeira coordenadora da unidade, enfermeira especialista na área médico-cirúrgica e minha orientadora, que me apresentou a organização da consulta, a equipa de saúde e o espaço.

Tinha como objetivos específicos: analisar a comunicação estabelecida entre o enfermeiro e o doente oncológico no momento da decisão cirúrgica; identificar as necessidades de informação do doente oncológico cirúrgico e respetivas intervenções do enfermeiro; observar uso de técnicas e estratégias de comunicação utilizadas com doente oncológico no momento da decisão cirúrgica.

A clínica multidisciplinar da mama ocupa uma área da consulta externa. Inclui oito gabinetes de consulta, um de secretariado, um de acolhimento e outro do enfermeiro coordenador, duas salas de pensos, uma área de atendimento e receção dos doentes. As consultas de enfermagem são realizadas após as consultas médicas de primeira vez, de decisão cirúrgica e de decisão terapêutica (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) sendo fundamental o conhecimento por parte das enfermeiras das propostas feitas à doente, que é obtido através da consulta do processo clínico. O enfermeiro que realiza a primeira consulta torna-se o elemento de referência da doente ao longo de todo o percurso de doença, incluindo o acompanhamento durante o

internamento e articulação direta com a equipa multidisciplinar (cirurgião, fisioterapia, serviço social, psicóloga) e outros recursos que se venham a revelar necessários.

Na primeira consulta a enfermeira efetua a colheita de dados utilizando o modelo da instituição e que é baseada no modelo teórico de Virgínia Henderson, identifica problemas, procura conhecer o que a doente sabe ou quer saber da sua doença, informa, esclarece as dúvidas ao doente e família relativamente à proposta terapêutica decidida pela equipa médica, orienta a pessoa sobre a cirurgia, o internamento, tratamentos e a reabilitação.

Para atingir o primeiro objetivo assisti a 24 consultas de enfermagem durante o estágio, onde tive a possibilidade de observar como são realizadas de forma sistematizada, baseando-se num quadro de referências e não num modelo único. No entanto verifiquei que o guia orientador mais utilizado é o protocolo de SPIKES, (Buckman, 1994, 2001, Palmer e Thain, 2010) com as seis etapas, começando a enfermeira por se preparar mental e emocional para a entrevista, recolhe informação do processo clínico. Prepara o ambiente em espaço calmo, permite a presença de pessoa significativa, procura perceber o que o doente sabe ou quer saber da sua doença, dá a notícia de forma gradual com linguagem simples, avalia a reação do doente, valida se o doente compreendeu a informação dada, mantém a esperança mesmo quando o caminho parece difícil, responde às reações e emoções do doente, respeita o choro, o silêncio, disponibiliza-se para ouvir os receios, as expectativas e dúvidas em relação ao futuro, esclarece com verdade, elabora o plano de ação futura com o doente, mostra que está sempre perto e disponível.

Nas diversas consultas que assisti observei que as pessoas reagem de forma diversa dependendo da sua personalidade, do estilo e modo de vida. Mas esta reação também é influenciada pela maneira como o doente recebe a notícia -é importante o modo como uma má notícia, é comunicada, fator que muitas vezes é subestimado+ (Kübler-Ross, 2002, p.40), pois isso pode representar uma grande diferença na forma como é aceite pelo doente -deve-se permitir que a informação possa ser seguida de um espaço de apoio e de libertação de tensão de forma a minimizar o impacto e o efeito nefasto, devolvendo alguma segurança perdida+(Pereira e Lopes, 2005, p.33).

Em todas as situações que observei elaborei pequenas notas de campo, onde descrevi a situação dando cumprimento ao segundo objetivo. Estas notas tinham a finalidade de identificar as necessidades da pessoa e como a enfermeira trabalha cada situação, analisando que estratégias de comunicação foram desenvolvidas de acordo com a singularidade da pessoa presente. Tendo sido uma intervenção com diversas aprendizagens pela diversidade de cada consulta, e de cada situação.

Assim nas consultas de decisão cirúrgica o doente ao ser confrontado com um diagnóstico de cancro e com o seu tratamento cirúrgico revela os seus medos e receios em relação à cirurgia, à anestesia, e às alterações da imagem corporal %levando o enfermeiro encorajar o doente a explorar os medos a falar sobre as ansiedades e a iniciar o planeamento da mudança, utilizando a comunicação como base de uma relação terapêutica+ (Pfeifer in Otto, 2000, p. 546). Nas consultas de decisão terapêutica o doente verbaliza o medo dos efeitos secundários da quimioterapia como as náuseas, os vômitos e da queda do cabelo e como a sua vida familiar e profissional é afetada. O enfermeiro utiliza a comunicação para promover o bem-estar e a segurança do doente, dando resposta adequada às suas necessidades, através de uma comunicação eficaz e terapêutica %expressando os seus conhecimentos, atitudes e habilidades de forma assertiva e responsável" (Riley, 2004, p.35).

Ao longo do estágio dando cumprimento ao terceiro objetivo, fui compreendendo que a intervenção do enfermeiro quando comunica um diagnóstico de cancro desenvolve-se através da relação de ajuda. Dado que a pessoa que ajuda está completamente voltada para o outro, está atento tanto a comunicação verbal como a não-verbal, favorece a criação do clima de compreensão e apoio no decurso da doença, tendo como objetivo promover no outro a capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem (Phaneuf, 2005; Sapeta, 2011).

À medida que o estágio evoluiu passei a participar pontualmente nas consultas o que me permitiu, não só observar como fazer, mas o que fazer e dizer ao doente (Benner, 2001) pois o %saber fazer+ desenvolve o %conhecimento baseado na experiência vivenciada na prática+ (Benner, 2001, p. 32), o que me permitiu refletir e adquirir competências sobre como transmitir a informação às doentes (apêndice I), distintas ainda das do enfermeiro da unidade cuja competência de comunicar é já de

perito com uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema (õ) e age a partir de uma compreensão profunda da situação+ (Benner, 2001, p. 58), antecipando os problemas que podem surgir, com muita habilidade e perícia, mas que parece tratar-se simplesmente de ter coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite+ (Benner, 2001, p.76), ouvindo o doente, com empatia, confiança, verdade, tendo um papel de suporte e ajuda (Pacheco, 2002; Phaneuf, 2005).

Ao refletir como a informação é transmitida ao doente e família durante as consultas foi importante para perceber que competências são exigidas ao enfermeiro, segundo Benner. Uma dessas competências é a relação de cura: cria o ambiente propício ao estabelecimento da relação entre enfermeiro e doente+ (Benner, 2001, p.77) utilizando como ferramenta a comunicação. O processo relacional é marcado por várias etapas é um processo comum ao doente e à enfermeira, é uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença, da dor, do medo, da ansiedade, ou de outras emoções fontes de stress, uma ajuda ao doente para aceitar um apoio social, emocional ou espiritual+ (Benner, 2001, p.77) tão necessário na adaptação do doente à sua doença. A competência presença: estar com o doente+, essencial no estabelecimento da relação com o doente, fazê-lo sentir que estamos ali, para ouvi-lo sem serem obrigados a ter uma resposta, mas sim só a ter a oportunidade de ter alguém por perto que os apoia e compreenda, permitir +que expressem o que sentem, muitas vezes sem que a enfermeira tenha que intervir+ (Benner, 2001, p.84). A competência proporcionar conforto e comunicar pelo toque+ na consulta é constantemente utilizada pois o doente e família perante a transmissão de um diagnóstico de cancro está deprimido não conseguindo exprimir as suas emoções servindo o toque como abordagem terapêutica em que o contato, cheio de calor humano, muitas vezes é o único meio que permite o reconforto e a comunicação+ (Benner, 2001, p.88). Outra competência proporcionar apoio afetivo, toma em linha de conta as necessidades afetivas e emocionais do doente, mas também o papel da família positivo quanto ao tratamento e ao estabelecimento do plano terapêutico+ (Benner, 2001, p. 90). A competência estabelecer um ambiente terapêutico+, implica explicar aos doentes os acontecimentos+ (Benner, 2001, p.98) em relação à sua situação e à sua capacidade de encarar o futuro bem como estabelece uma atmosfera

de confiança e de comunicação partilhada+ (Benner, 2001, p.98). As enfermeiras aprendem a comunicar em situações difíceis e utilizam como estratégias +a atitude, o tom de voz, o humor, a competência+(Benner, 2001, p. 103). Durante as consultas observei e desenvolvi a competência de perceber se o doente está preparado para receber a informação, se é o momento certo para estabelecer a comunicação %saber se o doente está pronto, saber onde o doente está, em que medida está aberto às informações, decidir quando o fazer mesmo quando ele não parece pronto, são aspetos chaves+(Benner, 2001, p.105), que permitem ao doente viver com metas realistas. Por fim %saber e compreender como o doente interpreta a sua doença, dar-lhes a ocasião de se exprimirem nesse ponto, respeitando ao mesmo tempo a sua interpretação+(Benner, 2001, p.109), é fundamental para a enfermeira poder esclarecer o doente partindo da sua própria compreensão da doença e da situação como forma de promover a autonomia e estabelecer um plano terapêutico conjunto e acertado.

Refletir em conjunto com a orientadora, sobre cada situação que acompanhámos, foi a estratégia que utilizamos para a aquisição de competências comunicacionais. Tendo-se revelado um momento de aprendizagem pessoal e profissional que me ajudou a conhecer as intervenções e as estratégias a adaptar para comunicar de forma eficaz e terapêutica com o doente e família e entre nós enfermeiro. Este estágio proporcionou-me aprofundar a relação de ajuda, a capacidade de ouvir o outro, de estar presente, de o compreender, mas foi também um espaço para pensar mais o meu lado afetivo e relacional, fez-me pensar como na minha prática quotidiana por vezes me escondo nas intervenções técnicas e esqueço os aspetos relacionais tão importantes para comunicar uma má ou uma boa notícia.

Penso que ao cumprir os objetivos adquiri competências, habilidades, experiência e conhecimentos para implementar no contexto de trabalho um projeto que me capacite na comunicação de más notícias ao doente cirúrgico, responder às necessidades do doente e família através da comunicação.

3.2- Análise do Percurso de Estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Central

A escolha deste estágio na EIHS CP, possibilitou-me o contacto com o doente oncológico internado com doença avançada e progressiva, durante a transição para situação paliativa, o controlo da sintomatologia e o acompanhamento na agonia, incluída numa equipa multidisciplinar e perita em cuidados paliativos. O estágio teve a duração de 150 h e decorreu no período de 12 de Novembro a 19 de Dezembro.

A EIHS CP tem um espaço físico próprio, constituído por um gabinete de enfermagem, um gabinete médico e ocupando ainda duas vezes por semana um gabinete na área da consulta externa para realizar a consulta de cuidados paliativos aos doentes em regime de ambulatório (sendo esta consulta realizada pelo médico e pela enfermeira). A equipa é multidisciplinar e composta por um médico, quatro enfermeiras (que alternam os cuidados na equipa intra-hospitalar e nos cuidados domiciliários), uma enf^a chefe, um psicólogo, uma assistente social, uma secretária e consoante as necessidades dos doentes podem integrar a equipa outros elementos como oncologista, cirurgião, fisioterapeuta, radiologista.

A finalidade da unidade é prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, fazendo orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal e/ou seus familiares adotando por isso a filosofia de cuidados preconizada pela rede dos cuidados continuados (Decreto-lei nº 101/2006), ou seja promover a qualidade de vida a doentes com doença incurável avançada, apoiar os seus familiares, e fazer consultadoria e orientação aos profissionais de saúde

No início do estágio apresentei os meus objetivos à enfermeira coordenadora da unidade, minha orientadora de estágio, mestre em cuidados paliativos, e uma referência na área, motivo pelo qual escolhi este campo de estágio, para o qual tinha como objetivos específicos: analisar como o enfermeiro estabelece a comunicação com o doente com doença avançada e progressiva e sua família, promovendo a comunicação como relação terapêutica; identificar as necessidades do doente e família na fase de doença avançada e progressiva e as intervenções de enfermagem que lhe respondem; conhecer as principais estratégias e métodos de comunicação de más

notícias referidas pela investigação científica e por autores de referência no assunto, que capacitem o enfermeiro para a comunicação de más notícias.

Depois de ter sido apresentado à equipa, ao espaço e à organização da unidade fiz uma leitura do regulamento da EIHSCP, da documentação para registos dos quais destaco a folha de admissão que inclui a escala de avaliação da dor e de sintomas de Edmonton, a folha de continuidade de cuidados e alguns protocolos como o do delírio, da dor e dos estupefacientes.

A fim de dar cumprimento ao primeiro objetivo passei a acompanhar a orientadora diariamente na visita aos diversos serviços onde tem doentes referenciados pela equipa do serviço de internamento à EIHSCP. Durante as visitas o enfermeiro identifica as necessidades alteradas no doente não só as físicas como a dor, náuseas e os vómitos, mas também as emocionais principalmente o medo, o sofrimento, a angústia verbalizadas pelo doente através da comunicação verbal e não-verbal.

No início do estágio estavam referenciados 3 doentes aos quais fizemos um total de 5 visitas de enfermagem, número este que foi variando ao longo do estágio tendo acompanhado no total 14 doentes e realizado 42 visitas de enfermagem.

Anotei que estas visitas de enfermagem têm 4 fases. A enf^a inicia a visita sempre por consultar o processo clínico, selecionando os dados dos instrumentos de avaliação e das notas de evolução recolhendo informação relevante sobre o doente e que inclui, o motivo do internamento atual, a história da doença e os antecedentes pessoais de saúde. Segue-se um encontro com a enf^a responsável pelo doente para colher dados sobre como o doente se encontra, conhecer qual é o ponto de vista sobre os problemas que dizem o doente ter e que prioridades lhe dão. Só depois se visita o próprio, onde este é entrevistado e se estabelece a comunicação que pretende ouvir o que o doente sabe da sua doença, e identificar os problemas que o afligem. Finalmente a enf^a dá o feedback às colegas do serviço aferindo as prioridades do doente com as da enfermeira, comunicando o plano de cuidados decidido em conjunto com o doente e estabelece os contactos em rede com os restantes profissionais de saúde que necessitam de ser mobilizados para se alcançarem os objetivos negociados.

A fase da entrevista ao doente permitiu-me identificar as necessidades mais afetadas destes doentes nesta fase de doença avançada e progressiva, pelas notas de campo produzidas após estes momentos.

Dos 14 doentes, 1 com diagnóstico de carcinoma vesical, 2 de carcinoma da mama, 4 carcinoma uterino, 7 carcinoma da laringe, e 8 tinham a necessidade da respiração afetada, 4 a necessidade de comer e beber, 2 a necessidade de mobilização. Ora a pesquisa bibliográfica efetuada permitiu-me verificar que, de acordo com Twycross (2001) o sintoma mais comumente presente é dor, seguido de sintomas alimentares como as náuseas, vômitos, anorexia e sintomas respiratórios como a dispneia, mas também estão presentes os sintomas psicológicos (Pereira e Lopes, 2005) como a depressão, ansiedade e insónias. Aliás, é a presença destes sintomas mais frequentes nesta fase de doença progressiva e avançada que levou à constituição da Escala de Edmonton, que é um instrumento de avaliação dos sintomas físicos e psicológicos, usada pela enf^a da EIHS CP.

Mas foi na fase da entrevista ao doente que se centraram as aprendizagens sobre a comunicação, relativa ao segundo e terceiro objetivo do estágio como pode ser observado pela reflexão feita de um desses encontros (Apêndice II). O meu papel nestas entrevistas circunscreveu-se ao de observadora pontualmente participante, pela complexidade das situações que exigiam intervenções que ainda não dominava, mas foi onde constatei que a comunicação com estes doentes é, uma ferramenta fundamental para instaurar a relação de ajuda e esta dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade para aliviar, acompanhar, partilhar, entender e compreender o sofrimento porque passa um doente que se aproxima da morte+ (Sapeta, 2011, p.81).

No final de cada dia de trabalho debatia com a orientadora de estágio a compreensão das estratégias usadas em cada visita de enfermagem feita que foi articulando com pesquisa bibliográfica e leituras sobre estratégias de comunicação. Percebi assim que há autores, como Querido, Salazar e Neto (2005, p.466) que referem que a comunicação tem três competências básicas, a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback+. Outros (Pacheco, 2002; Frias, 2003; Phaneuf, 2005; Sapeta, 2011) dividem as competências em genéricas, relacionadas com a capacidade de desenvolvimento do conhecimento do próprio profissional para atender

às necessidades do doente e família através do autoconhecimento, da autoconfiança, da consciência profissional e do feedback entre as equipas, as comunicacionais, o enfermeiro desenvolve a interação comunicacional, comunica através da comunicação verbal e não-verbal, da escuta ativa, da assertividade, da recetividade, respeitando os silêncios; e empáticas, reconhece o doente como ser único, compreende o seu ponto de vista e aceita a sua visão do mundo através da empatia, do respeito, da honestidade e da abertura.

Cuidar de doentes com doença avançada e progressiva, assenta essencialmente na relação de ajuda o que implica a mobilização de capacidades pessoais e o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais como foi observando e adquirindo ao longo das visitas. Assim uma das competências é a capacidade de escuta, %deixar a pessoa falar e ajudá-la a encontrar por si os meios de compreender e aceitar a sua situação % (Pacheco, 2002, p. 131), devendo o enfermeiro %escutar as suas mensagens através da linguagem verbal e não verbal, os seus silêncios, os seus gestos, o seu olhar+ (Sapeta, 2011, p. 83) o que permite partilhar e aceitar as vivências e experiências do doente. Outra competência é o toque terapêutico, pois muitas vezes estes doentes não querem ouvir palavras necessitando só de sentir a nossa presença e proteção nos momentos mais difíceis %tocar-lhe a mão, o braço ou o ombro para lhe mostramos que estamos à sua escuta e que partilhamos o seu sofrimento+ (Phaneuf, 2005, p. 45), implica estar presente e reforça a relação autêntica contribuindo para o estabelecimento da confiança. A empatia é uma competência fundamental que consiste em %dar sinais de que se coloca no lugar do doente e compreende os seus sentimentos+ (Sapeta, 2011, p. 83) e permite transmitir ao doente que não está só e tem alguém presente que o compreende na sua vivência e na sua vulnerabilidade. A competência o silêncio, orienta o ritmo e o tempo, necessários para doente e enfermeiro delinear quais as fases seguintes da relação +permite manifestar respeito à pessoa, favorecendo nela a introspeção, a reflexão, o contato com as emoções+ (Phaneuf, 2005, p.42) constatei que estamos sempre à espera de ter a palavra certa no momento certo, quando os silêncios são espaços para o doente interiorizar a sua situação ter tempo para exprimir as expectativas e decidir o que fazer em relação ao futuro. A competência desenvolver a decisão do doente, é fundamental pois o doente ao longo de todo o processo de doença continua a ter a necessidade de ser o decisor

da sua vida, de ser valorizado como pessoa, de manter o seu papel no seio familiar, necessitando para isso de ter uma informação verdadeira sobre a sua situação o que promove a autonomia e a dignidade do doente+ (Sapeta, 2011, p 75). A competência capacidade de negociar objetivos, encorajando o doente a concretizar os seus desejos %a centrar-se naquilo que ainda é capaz de fazer, ajudá-lo a passar melhor o tempo, a sentir-se mais útil e necessário+ (Matos e Pereira citado em Pereira e Lopes, 2005, p. 55), permite serem parceiros de cuidar a estabelecer metas e objetivos realistas, que ao longo da progressão da doença vão sendo negociados e renegociados com a equipa, vivendo o doente o mais plenamente possível a sua vida até ao fim. Outra competência é o autoconhecimento, contatar com estes doentes permitiu conhecer-me melhor, aceitar as minhas crenças, os meus medos e a %dificuldade em lidar tão de perto com a morte e, sobretudo, em comunicar quer com o doente, quer com a família+ (Pacheco, 2002, p. 128), ajudou-me a ganhar confiança e adquirir consciência profissional, para cuidar. Outra competência é a capacidade de estabelecer o feedback entre a equipa, essencial na atitude de partilha, de espírito de equipa, de valorização dos saberes de todos os elementos, reforçando a autonomia, a tomada de decisão e a motivação para o objetivo comum de proporcionar ao doente bem-estar (Querido, Salazar e Neto, 2010).

Este estágio permitiu-me aprofundar a capacidade de escuta, de empatia, respeitando o doente na sua singularidade e decisão. Melhorou a minha capacidade de cuidar do doente com doença avançada em toda a sua dimensão, a perceber as estratégias e métodos que o enfermeiro utiliza para estabelecer a comunicação terapêutica ferramenta essencial no contexto dos cuidados paliativos e como ultrapassa os obstáculos e as dificuldades, e compreender o papel do enfermeiro como gestor da informação entre o doente, a família e a equipa multidisciplinar.

Ao cumprir os objetivos propostos penso que melhorei a minha competência comunicacional que permitirá cuidar do doente em fim de vida no contexto de trabalho.

3.3 - Análise do Percurso de Estágio no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central

O estágio no serviço de cirurgia geral de um hospital central, iniciou-se em 3 de Janeiro e terminou a 15 de Fevereiro com a duração de 150 h, foi a última etapa do percurso de estágio, e possibilitou-me o contacto com o doente oncológico submetido a cirurgia, no período peri-operatório e em fase terminal.

Este serviço de cirurgia geral tem a particularidade de ter duas valências, a cirurgia geral e toda a patologia do fígado, pâncreas e vesícula na valência hépato-bilio-pancreática. É uma unidade de referência pelo elevado grau de diferenciação, dando resposta a doentes oncológicos em processo de doença curativa e outros em doença avançada fora da possibilidade de cura tendo sido submetidos a cirurgia paliativa. O serviço ocupa um piso do hospital, tem 56 camas mistas distribuídas por 24 enfermarias e oito quartos individuais. A equipa de enfermagem é constituída pela enf^a chefe, duas enfermeiras colaboradoras na gestão e trinta e seis enfermeiros divididos por 5 equipas. A equipa multidisciplinar é composta por cirurgiões, anestesistas, fisioterapeuta, dietista, dois secretários de unidade, e assistentes operacionais.

No início do estágio apresentei o projeto à enf^a chefe, enfermeira especialista em geriatria e mestre em gestão de saúde, e minha orientadora de estágio, que o considerou como oportuno e fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o qual tinha como objetivos específicos: identificar as lacunas e dificuldades da equipa de enfermagem na comunicação de más notícias ao doente submetido a cirurgia paliativa; sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação das más notícias; promover o desenvolvimento de competências para capacitar a equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias.

Uma vez que ao enfermeiro especialista é exigido um conhecimento aprofundado, capacidades e habilidades num domínio específico da enfermagem, que mobiliza para o contexto da prática clínica, demonstrando-o através do julgamento clínico e da tomada de decisão, (OE, 2011) sendo o que pretendo com este projeto partilhar com a equipa de enfermagem o saber adquirido ao longo deste percurso académico.

Para cumprir o primeiro objetivo foi pensado fazer-se um diagnóstico da situação pelo que foi pedida autorização à enf^a chefe para aplicar um questionário a todos os enfermeiros que foi concedida. O projeto foi apresentado às chefes de equipa, pois são elos privilegiados na dinamização e implementação do mesmo por serem elementos de referência dentro de equipa, e depois à restante equipa em reunião de serviço onde foi comunicada a finalidade, metodologia e qual a participação de cada enfermeiro.

Como já referi o diagnóstico de situação foi feito através de um questionário (apêndice III), estruturado em quatro partes. A primeira constituída por duas perguntas referentes a dados demográficos, sexo e formação profissional dos enfermeiros geral e sobre más notícias. A segunda parte para perceber o conhecimento que o grupo tem sobre más notícias e a frequência com que lida com esta situação. A terceira parte constituída por uma pergunta aberta, para perceber o tipo de situação que o grupo experiencia para dar más notícias e identificar o conhecimento que tem sobre estratégias adequadas à situação e as dificuldades que lhe estão associadas. A última questão aberta serviu para reconhecer a opinião do grupo sobre soluções a adotar no serviço. O questionário (Q) foi submetido a um pré-teste não tendo havido nenhuma alteração.

O questionário (Q) permite colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções+ (Fortin, 1999, p. 249), e as perguntas abertas estimulam o pensamento livre e favorece a exploração em profundidade da resposta+(Fortin, 1999, p.248).

Dos 36 enfermeiros da equipa, responderam ao questionário 31, tendo sido excluídos, os 2 enfermeiros que realizaram o pré-teste, 2 enfermeiros ausentes por doença e eu própria.

Tendo por base os 31 questionários, procedeu-se a uma análise primária, temática e exploratória do conteúdo do texto por análise de conteúdo (Bardin, 2009, p. 44) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às

condições de produção/recepção destas mensagens+, posteriormente organizadas em grelhas de análise.

Realizada uma primeira leitura de todos os questionários, foi dominado como unidade de registo o tema como afirmação acerca de um assunto+(Berelson citado por Bardin, 2009, p.131), enquanto unidade de significação complexa, de comprimento variável e a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica+(M, C. d`Unrug citado por Bardin, 2009, 131). Os temas foram depois agrupados por conterem a mesma significação o que deu o nome à categoria.

O grupo é constituído por 27 mulheres (87%) e por 4 homens (13%), sendo que 2 têm Bacharelato (6,4%), 23 a Licenciatura (74,1%), 3 com Mestrado (9,6%), 3 têm Especialidades (9,6%), e 7 com Pós-Graduação (22,5%), 3 em feridas (9,6%), e 1 em oncologia, 1 em psiconcologia, 1 em geriatria e 1 em infeção. Em relação à formação específica em más notícias 27 (87%) enfermeiros referem não ter formação na área, 2 (6,4%) têm formação na área feita em serviço e outros 2 (6,4%) adquiridos em pós graduações (apêndice IV). Por fim foram elaborados quadros com as categorias dos temas encontrados nas respostas à pergunta 3, 4, 5, 6 e 7 (apêndice V).

Da análise do Quadro I - Conhecimento que o grupo de enfermeiros tem de más notícias (apêndice V), 93,3% sabe o que é má notícia definindo-a como toda a informação que envolve uma mudança negativa na vida da pessoa e na perspetiva de futuro+(Q 1), causando ao doente alterações a nível físico, psicológico e emocional, estando de acordo com a definição de má notícia da literatura toda a informação que envolve mudança drástica e negativa na vida da pessoa+(Buckman, 1994, p.13) e afeta o domínio cognitivo, emocional, espiritual e comportamental e altera a dinâmica familiar (Fallowfield e Jenkins, 2004). Enquanto 6,6% dos enfermeiros dá exemplos em que esta acontece como a morte de um doente, uma neoplasia ou agravamento da doença, um estudo realizado por Pereira (2005, p.36) aos profissionais de saúde conclui que má notícia é quase sempre associada à doença, principalmente doença grave sem cura, doença oncológica e morte+. Houve um enfermeiro omissos.

No Quadro II . Frequência com que o enfermeiro é avisado pelo médico que vai ser feita uma comunicação de uma má notícia ao doente (apêndice V), 46,6% revelam ser

pouco frequente serem informados, e 40% nunca são informados, só 6,6% dos enfermeiros refere ser informado com frequência (1) ou muito frequente informados (1) e um inquirido foi omissivo. Concluiu-se que 86,6% dos enfermeiros não tem conhecimento que o doente é informado da sua situação, sendo pouco relevante o número de doentes informados (2) pelo que se pode dizer que a informação não circula tão importante, ao nível da própria equipa de saúde, não descurar a necessidade de uma troca de informação contínua entre os seus membros, de modo a poderem proceder a uma abordagem multidisciplinar+ (Pereira e Lopes, 2005, p.17), e parece também não ser procurado pelos enfermeiros pois de acordo com o artigo 83º do CDE o enfermeiro tem o dever de cuidado na alínea a) %corresponsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil+ (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 106) utilizando a informação para planear as intervenções e assegurar a continuidade de cuidados.

No Quadro III . Qual o tipo de notícia com que lidou ultimamente (apêndice V), aparece a categoria %óbitos+ (45,1%), %comunicação de óbito à esposa+ (Q3), e com (22,5%) a categoria %diagnóstico de neoplasias com mau prognóstico+, (16,1%) na categoria %inoperabilidade de tumor maligno+, como se pode ver na frase %informar o doente que a cirurgia não foi curativa por o tumor estar disseminado+(Q 25), com 6,4% %não ser operado no dia previsto+, e com 6,4% %transição para a fase terminal+. Concluiu-se que para os enfermeiros a comunicação de má notícia está ligada à comunicação de falecimento (de referir que durante o período de estágio faleceram 6 doentes) e à informação de doença incurável e inoperável, %estando sempre relacionada com uma situação de perda (õ) relacionada com doença, do próprio ou de um familiar ou com a morte+(Pereira, 2008, p. 79). Um inquirido referiu a futilidade de tratamento não como uma má notícia mas sim uma decisão que não concorda executar.

A análise do Quadro IV . Sentimentos experienciados pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia (apêndice V), há a referir 34 unidades de registo que ficaram distribuídas por 32,3% dos enfermeiros vivenciam a categoria %impotência+ como o sentimento mais frequente, como se pode ver pelas frases %por não haver cura+(Q9), %perante o falecimento+(Q 11), %por desconhecer até onde ir na informação+(Q22) por se sentir ultrapassado pelos acontecimentos, devendo lembrar que há que %aprender a

ver o que pode fazer numa situação, aceitar que nada pode mudar e tudo o que pode oferecer é a sua presença+ (Phaneuf, 2005, p.185). Seguido do sentimento %tristeza+ (20,5%) e com igual percentagem (8,8%) o %constrangimento+, a %angústia+, e a %frustração+ e a categoria %compaixão+ (5,8%). Palmer e Thain (2010, p. 20) referem que comunicar uma má notícia %requer compaixão, empatia e sensibilidade+ e gera %sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação+ (Pereira, 2005, p. 34). Os enfermeiros perante a doença incurável e morte vivenciam situações complexas que tornam a natureza emocional dos cuidados exigentes (Sapeta, 2011), o que implica como estratégias %gerir positivamente as suas próprias emoções e manter o envolvimento emocional com os clientes+(Diogo & Rodrigues, 2012, p.67)

O Quadro V . Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar uma má notícia (apêndice V), há a referir 42 unidades de registo e um omissor. Conclui-se que os enfermeiros dão importância à categoria %escuta ativa+(33,3%) como a estratégia mais utilizada para comunicar e %não se escuta só com o ouvir, mas também como olhar, com atenção à linguagem não-verbal do doente, com proximidade física adequada e com a leitura do silêncio e a interpretação correta da linguagem simbólica+(Pacheco, 2002, p. 130), de seguida a categoria %esclarecimento+(21,4%), o enfermeiro mostra disponibilidade para esclarecer dúvidas %cada pergunta feita ou cada incitação a uma maior precisão deve ter como finalidade ajudar o doente a perceber com maior clareza o seu problema ou as soluções+(Lazure, 1994, p. 121). Na categoria definida como %Presença+ (9,5%), valoriza o estar com o doente %para reconfortar, ajuda-la a identificar as suas dificuldades e aceitá-las+(Phaneuf, 2005, p.174). A categoria %apoio emocional+ (9,5%), e a categoria %aque terapêutico+ (7,1%) é uma forma de comunicação %pode reconfortar, mostrar que compreendemos o que o doente vive+(Phaneuf, 2005, p. 80).

A análise do Quadro VI . Dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia (apêndice V), conclui-se ser a %comunicação+(36,6%) a categoria onde os enfermeiros sentem mais dificuldade em saber, %quais as palavras certas no momento certo+ (Q 30). A comunicação exige %competências interpessoais e comunicacionais nos profissionais, indo para além de uma perspetiva essencialmente tecnicista, privilegia as dimensões psicológicas+ (Pereira, 2008, p.19). Em segundo

lugar a categoria %controlar as suas emoções na situação+ (30%) %muitas vezes procuram ocultar ou mascarar para que os atingidos não percebam o que pode levantar barreiras e comprometer a comunicação+(Pereira, 2008, p.19). A categoria %aceitar a não cura+(10%) em que a dificuldade do enfermeiro de aceitar a previsibilidade da doença e da morte %reagindo como pessoas comuns, com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte+(Sapeta, 2011, p.27). Na categoria, denominada apoio à família (10%) sentem dificuldade em lidar com a família. Conclui-se que os enfermeiros têm dificuldade de gerir as emoções para cuidar sendo importante desenvolver %competências emocionais de modo a promover os cuidados e garantir o seu bem-estar, e a disposição para cuidar+(Diogo e Rodrigues, 2012, p.66). Da análise um enfermeiro refere não sentir dificuldades em comunicar e um foi omissivo.

O Quadro VII . Sugestões para melhorar as capacidades do enfermeiro para comunicar uma má notícia (apêndice V), com 42 unidades de registo os enfermeiros preconizam para melhorar a categoria %formação de comunicação de más notícias com treino+(57,1%), como é visível nestas frases a necessidade de %formação como forma de adquirir competências e estratégias comunicacionais +(Q 16), %através de role-play+(Q 27), diversos estudos (Fukui, Ogawa e Fukui, 2010; Liénard, et.al., 2010) afirmam que os programas de treino de habilidades de comunicação de más notícias ajudam os enfermeiros aprender, aperfeiçoar a sua atuação e a comunicar de forma eficaz. A categoria %espaço reflexivo no serviço+(23,8%) é sugerido como espaço de partilha de sentimentos e de experiências de modo a promover uma prática reflexiva para delinear estratégias, partilhar saberes e habilidades que fortaleçam a relação enfermeiro/doente (Warnock, Tod, Foster e Soreny, 2010). A categoria %trabalho em equipa+(14,2%) é fundamental pois a %complementaridade nas funções e competências de cada um %o (Sapeta, 2011, p. 92) são essenciais para o trabalho em equipa e para a tomada de decisão. A categoria %uniformização de procedimentos+ (4,7%) através da implementação de protocolos como guia orientador da intervenção do enfermeiro ao comunicar uma má notícia, o que é reforçado pelos dados do Quadro III, sendo a nossa disponibilidade para procurar a informação fundamental.

Para dar cumprimento ao segundo objetivo estes resultados foram apresentados à equipa em reunião de serviço (apêndice VI), com a finalidade de sensibilizar e motivar

a equipa de enfermagem para a importância da comunicação de más notícias e dar a conhecer as fases de implementação do projeto.

Perante as dificuldades e sugestões apresentadas pela equipa de enfermagem e cumprindo o meu terceiro objetivo de promover o desenvolvimento de competências para capacitar a equipa para a comunicação de más notícias, foi elaborado um plano de formação em serviço sobre a temática composto por duas fases teórica e teórica prática (apêndice VII). Na formação teórica com duração de 2 h foram apresentados dados provenientes da revisão da literatura incidindo sobre definição, estratégias e dificuldades na comunicação de más notícias, importância da relação de ajuda, e da comunicação interpessoal e apresentação do protocolo de SPIKES com a finalidade de todos os enfermeiros terem uma base teórica uniformizada.

Posteriormente foi feita a formação teórico prática (apêndice VII) com recurso a role-play em que cada equipa do serviço trabalhou sobre a minha orientação uma situação de más notícias que foram apresentadas em 5 sessões de formação com 2 h cada, onde se privilegiou o treino do uso de técnicas de comunicação, promovida a reflexão e discussão. A envolvimento dos enfermeiros foi muito positiva e esta atividade provocou uma mudança na equipa, passaram a ser proactivos na procura de soluções e respostas para a problemática, passando a solicitar a minha presença quando necessitam de expressar os sentimentos e dúvidas que sentem ou quando têm de realizar uma comunicação de más notícias, onde desempenho o papel de supervisão, pelo que reconhecem os meus conhecimentos e capacidades na área e valorizando-me como especialista. Uma outra mudança que se verificou na equipa foi com a criação do espaço reflexivo, e como a equipa tem problemas de gestão afetiva que impede o profissional de comunicar, este espaço é cada vez mais utilizado para a partilha de experiências e emoções com o objetivo de desenvolver estratégias que nos ajudem no cuidar e a fazer a nossa gestão emocional.

A minha função no serviço nesta área é formativa relacionada com a partilha do conhecimento e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (Cruz, 2008), restaurativa como suporte mútuo da equipa para que se adapte aos múltiplos contextos da prática, através do feedback, da comunicação e da pertença ao grupo,

tornou-se também evidente a função normativa destinada a promover a qualidade de cuidados através do planeamento e implementação de normas (Cruz, 2008).

Durante o desenvolvimento do plano de formação foi nomeada pela enf^a chefe como elo do serviço para as auditorias internas aos registos da linguagem CIPE tendo verificado que a equipa tem dificuldades e lacunas na realização dos registos relacionadas com a comunicação de más notícias %por as atividades serem difíceis de descrever, da falta de tempo, da falta de espaço para pensar e redigir e da falta de normas+ (Bolander, 1998, p.617), na maioria das vezes estes eram confusos, mal elaborados ou omissos não faziam %a descrição precisa e global do doente e dos fatos ocorridos+ (Bolander, 1998, p.598), não permitindo a continuidade de cuidados, e não se percebendo o que o doente sabia da sua situação, pelo que se elaborou uma norma de procedimentos (apêndice VIII) para uniformizar não só como fazer a comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa, tendo como guia o protocolo de Spikes, mas também define quais os diagnósticos, e intervenções de enfermagem a serem utilizados nos registos CIPE.

Estas auditorias internas no serviço, que iniciei em Abril depois da conclusão do estágio vão permitir uma avaliação do projeto e já após ter terminado o estágio elaborei um instrumento de auditorias (apêndice IX) que sintetiza os parâmetros a avaliar e tem como finalidade orientar os enfermeiros para a melhoria do seu desempenho.

Implementar este projeto foi um momento de aprendizagem pessoal e profissional, proporcionou-me aquisição de competências no uso de técnicas e métodos comunicacionais para promover o bem-estar ao doente oncológico, através da avaliar das necessidades de informação do doente, mas também do enfermeiro que permitem delinear estratégias e os processos de tomada de decisão em equipa. Também desenvolvi competências relacionais para viver a emocionalidade na relação de cuidar, fazendo a gestão das emoções através do autoconhecimento, da partilha e da reflexão que me capacitou para dinamizar o trabalho em equipa e desenvolver um projeto apropriado à prática de cuidados, gerador de segurança e de melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico cirúrgico perante a comunicação de más notícias.

4 É CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto centrou-se na capacitação e na mudança de práticas da equipa enfermagem na comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa e na aquisição de competências como enfermeira especialista.

Foi uma área considerada importante pelo facto de cada vez mais se submeter o doente sem perspectiva de cura a cirurgias paliativas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, o que exige ao enfermeiro melhorar as competências comunicacionais e relacionais respondendo às necessidades humanas fundamentais. O projeto percorreu diversas fases para a sua concretização, desde a fase inicial de diagnóstico da situação, onde foi aplicado um questionário que evidencia o conhecimento do grupo sobre más notícias, os sentimentos e dificuldades que estas lhes causam bem como as estratégias que conhecem e apresentam na comunicação de más notícias até à fase de planeamento das intervenções a realizar, inclui um plano de formação em serviço com um momento teórico e outro teórico-prático (role-play), e a elaboração de uma norma para orientação de como comunicar más notícias de acordo com o protocolo de Buckman, que incluía orientações para os registos seguido na linguagem CIPE, momentos de reflexão e de partilha dos enfermeiros.

As auditorias realizadas a partir de Abril permitem orientar a equipa de enfermagem no modo de registar a intervenção nos diagnósticos referentes à comunicação de más notícias incluídos na norma, para o que contribui-o a supervisão tutorada por mim que (Palmer e Thain, 2010) %permite o suporte, orientação e ajuda+ como forma de melhoria contínua da qualidade.

Como futuro pretendo continuar a ser um elemento de referência na formação, e na motivação da equipa na área da comunicação com o doente e família e também continuar a melhoria da qualidade dos registos através das auditorias utilizando os resultados para a elaboração de futuros trabalhos de investigação. Mas gostaria que se desenvolve-se sinergias para que este projeto não fica-se restringido só ao serviço mas que passa-se a ser uma preocupação da instituição.

5 É REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana. Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. Loures: Lusociência.
- Almeida, M. (2003). Que verdade na fase terminal da vida humana. *Enfermagem Oncológica*. 25, 24-35.
- Arber, A.; & Gallagher, A. (2003). Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *International Journal of Palliative Nursing*. 9, (4), 166-172.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2002). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP). Versão Beta 2*. Lisboa: Gráfica 2000.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barón, G., Ordóñez, A., Feliu, J., Zamora, P., & Espinosa, E. (1996). *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en El Enfermo com Cáncer*. Madrid: Panamericana.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bockhorn, M., Burdelski, C., Bogoevski, D., Sgourakis, G., E., & Izbicki, J. (2011). Arterial en bloc resection for pancreatic carcinoma. *Journal of Surgery*. 98, 86-92.
- Bolander, V., (1998). *Enfermagem Fundamental. Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brixey, L., (2004). The difficult task of delivering bad news. *Dermatology Nursing*. 16, (4), 347-356.
- Buckman, R. (1994). *SqAsseoir Pour Parler- Lart de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades - Guide du Profissionnel de Santé*. Paris: Intereditons.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care . a practical guide. *Neurologic Clinics*, 19, (4).
- Costa, A., (2004). Relação enfermeira - doente. In: Neves, M.; & Pacheco, S. (Coords). *Para uma Ética da Enfermagem - Desafios* (p.63-79). Coimbra: G.C.- Gráfica de Coimbra 2, Lda.

- Chauhan, G. & Long, A., (2000). Communication is the essence of nursing care: Breaking bad news. *British Journal of Nursing*. 9 (14), 931-938.
- Chen, R., (2011). Moral imagination in simulation-based communication skills training. *Nursing Ethics*.18 (1), 102-111.
- Cruz, S. (2008). A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir* 56 (5-6), 200-205.
- Dias, M. R. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Diogo, P., & Rodrigues, L. (2012). O trabalho emocional: reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar em enfermagem* 16 (1-2), 62-71.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Rede nacional de cuidados continuados integrados. Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos serviço Nacional de Saúde Portugal, 2010 www.umcci-min-saude.pt acedido em 1.1.2011
- Edwards, M., (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing Residential Care*. 10, 495-497.
- European Oncology Nursing Society (2005). *Programa de postgrado en enfermeira oncológica de la EONS*. Brussels, EONS Secretariat.
- Fallowfield, L.; & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*.363, 312-319.
- Ferreira, M.; Tavares, J., & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem. *Referencia II* (2), 51-62.
- Fortin, M. (1996). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte. Um desígnio em formação*. Loures: Lusociência.
- Fukui, S.; Ogawa, K., & Fukui, N. (2010). Communication skills training on how to break bad news for Japanese nurses in oncology: Effects of training on nurses' confidence and perceived effectiveness. *Journal Cancer Education*. 25, 116-119.
- Gomes, A. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida . família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. 18, 1-9.

- Gómez-Batiste, X., Planas Domingo, J., Roca Casas, J., & Viladiu Zurmada, P. (2000). *Cuidados Paliativos em Oncologia*. Barcelona: Editorial Jims.
- Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de La Enfermería . Reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana . Mcgraw- Hill.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Kearney, N., & Richardson, A. (2006). *Nursing Patients with cancer Principles and Practice*. Livingstone: Europe Oncology Nursing Society.
- Kübler-Ross, E. (2002). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo. Editores Martins Fontes.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda- abordagem teórica e prática de um critério de competências da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 40-43.
- Lei nº48/90 de 24 de Agosto (2006). Procede à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, aprovado pelo Decreto - Lei nº 101/06, de 6 de Junho. *Diário da República I Série*, Nº109 (6-06-2006), 3856-3865.
- Lenzi, R., Baile, W., Berek, J., Back, A., Buckman, R., Cohen, I., & Parker, P.(2005) Design, Conduct and Evaluation of communication course for oncology fellows. *Journal of Cancer Education*. 20 (3), 143-149.
- Liénard, A.; Merckaert, I.; Libert, Y.; Bragrad, I., Delvaux, N., Etenne, A-M., Marchal, S., Meunier, J., Reynaert, C., Slachmuylder, J-L., & Razvi, D.(2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomized study assessing the efficacy of a communication skills training program. *British Journal of Cancer*. 103, 171-177.
- Martins, L.; (2006). Final de Vida. *Ordem dos Enfermeiros*. 20, 53-56.
- Melo, L. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Natan, M.; Shahar, I.; & Garfinkel, D., (2009). Disclosing bad news to patients with life-threatening illness: Differences in attitude between physicians and nurses in Israel. *International Journal of Palliative Nursing*. 13 (6), 276-281.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Nunes, L. (2008). Enfermagem, desafios da disciplina e da profissão. *Percursos*. 3 (7), 4-17.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos enfermeiros. 10, 49-56.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno temático. Modelo de desenvolvimento profissional sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Osswald, W., (2004). Entre o "curar" e o "cuidar": A Humanização dos Serviços de Saúde. In: Neves, M.; & Pacheco, S.(Coords). *Para uma Ética da Enfermagem-Desafios* (p.363-373). Coimbra: G.C.- Gráfica de Coimbra 2, Lda.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusociência.
- Pacheco, S., (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Perspetiva Ética*. Loures: Lusociência.
- Ptacek, J., & Ellison, N. (2000). Health Care Providers Perspectives on breaking bad news to patients. *Critical Care Nursing Quarterly*. 23 (3), 51-59.
- Palmer, C.; & Thain, C., (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*. 9 (9), 24-27.
- Pereira, M.A. (2004). A verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde- opiniões e perspetivas. *Enfermagem oncológica*. 28 (29), 34-39.
- Pereira, M. A. (2005). Má Notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*.14 (1), 33-37.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. (2ª ed.). Lisboa: Manuais Universitários 25 . Climepsi.

- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M., (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de saúde (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (2009). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010. [on line] [acedido em 2.3.2012] Obtido em www.acs.min-saude.pt/piles/200909pnpcdo-versão-final-8-julho-2009-pdf.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & Neto, I.G. (Coords) (2º ed.). *Manual de Cuidados Paliativos* (p.461-485). Lisboa: Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Radziewicz, R., & Baile, W. (2001). Communication skills: Breaking bad news in the clinical setting± Leadership & Professional Development. 28 (6), 951-953.
- Riley, J., (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: Processo de Interação Enfermeiro- Doente*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). Cuidar em Fim de Vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência II*. 4, 35-57.
- Sargent, M., Boeck, S., Heinemann, V., Jauch, K.W., Seufferlein, T., & Bruns, C., (2011). Surgical treatment concept for patients with pancreatic cancer in Germany . results from a national survey. *Springer-Verlag*. 396, 223-229.
- Sigurdsson, K., Soreide, J., Dahl, O., Skarstein, A., Hofacker, S., & Korner, H., (2009). Utilisation of specialist care in patients with incurable rectal cancer. *Acta Oncologica*. 48, 377-384.
- Silva, V., & Zago, M., (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (4), 476-480.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.

- Vandekieft, G. (2001). Breaking bad news. *American Family Physican*. 64, (12), 1975-1978.
- . Vitorino, AB; Nisenbaun, EB; Gibello, J., Bastos, N. & Andreoli, PBA (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista SBPH*. 10 (1), 53-63.
- Warnock, C.; Tod, A.; Foster, J.; & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advance Nursing*. 66 (7), 1543-1555.
- Way, L. & Dherty, G. M. (2004). *Cirurgia/Diagnóstico e Tratamento* (11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara/Koobram

APÊNDICES

Apêndice I
Reflexão Segundo o Ciclo de Gibbs na Unidade da Mama

Com o relato desta experiência pretendo descrever, analisar e refletir sobre o encontro com uma doente com cancro da mama durante uma consulta de enfermagem de decisão cirúrgica. O meu objetivo é analisar como se processou a comunicação da necessidade de fazer uma intervenção cirúrgica e como foi estabelecida a relação enfermeira/doente. Através desta reflexão espero aprender e desenvolver capacidades e saberes necessários para estabelecer a relação de ajuda e a comunicação terapêutica.

Descrição da Situação: A situação decorre durante a consulta de enfermagem, num gabinete que é composto por uma mesa comprida, quatro cadeiras, um pequeno armário de apoio e um computador. Esta consulta tem como finalidade apoiar e orientar o doente e família para o período peri-operatório. A enfermeira consulta previamente o processo clínico, principalmente o diagnóstico, a localização das lesões e qual a proposta cirúrgica que foi oferecida à doente pela equipa médica, bem como verifica exames pré-operatórios propostos para a doente.

Colhe dados sobre antecedentes pessoais e familiares, história ginecológica e obstétrica, história da doença atual, tendo como objetivo adquirir informação prévia sobre a pessoa e preparar a consulta. Apesar de na unidade não estar protocolado um modelo de referência de como preparar a consulta, esta desenvolveu-se de acordo como o protocolo de Buckman (1994, 2001) que é um instrumento orientador para os profissionais prepararem a entrevista, verificarem a perceção que o doente tem da sua situação, e ajuda a transmitir informação de forma clara e acessível, sendo constituído por seis passos: 1) Conseguir o ambiente correto; 2) Descobrir o que o doente já sabe; 3) Descobrir o que o doente quer saber; 4) Partilhar a informação; 5) Responder às reações do doente; 6) No fim planear e acompanhar.

Doente M.A.F.T., 48 anos, doméstica, casada com dois filhos adultos. A doença atual surgiu no mês anterior, com uma dor na mama esquerda, contata o médico de família, realiza mamografia que revelou duas lesões da mama, sendo uma lesão necrosante, tendo sido enviada para esta unidade. Durante a consulta de decisão cirúrgica (previa à consulta de enfermagem) foi informada pela equipa médica da decisão de ser submetida a tumorectomia de duas lesões e excisão de gânglio sentinela para posterior decisão terapêutica.

A doente chega à consulta de enfermagem acompanhada do marido, passando assim a ficar quatro pessoas no gabinete contando com a enfermeira da unidade e comigo. A enfermeira convida a doente e o marido a sentar-se começa por se apresentar.

O acolhimento é um momento crucial para o sucesso da relação que se estabelece com o doente e família, visa ir ao encontro do outro, conhecê-lo pela expressão dos seus

sentimentos, permite entender, aceitar, respeitar, escutar, e perguntar sobre as emoções, incentiva à reflexão sobre as mudanças que vão ocorrer ao longo do processo de doença.

Enfª . %Srª. M. esteve agora na consulta de decisão cirúrgica. O médico informou-a da cirurgia que lhe vai realizar? A M. . %Mais ou menos+ A enfª . %Mais ou menos porquê? Estou aqui para a esclarecer o mais possível sobre esta situação e orientá-la em relação à cirurgia.+

A M. - %estou muito confusa e ansiosa tenho algumas dúvidas em relação a todo o que me vai acontecer estou um pouco assustada+? Ao olhar para a doente e marido senti-os muito nervosos, com fâcies preocupado.

A enfª %o que lhe disse o médico da sua situação+? De imediato a M. refere %ãõ estou esclarecida pelo médico, ele disse que ia ser operada, mas não me explicou se retirava só as lesões ou se era mais alguma coisa, está a perceber, não me disse se é para tirar a mama, e também não me explicou os passos que se seguem+. A informação dada deve ser clara e concisa para que o doente perceba a sua situação e tome decisões de forma esclarecida, %os doentes a quem foi diagnosticado um cancro da mama são repentinamente confrontados com uma informação ampla e violenta, cuja amplitude inclui o diagnóstico em si mesmo e a escolha complexa do tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou terapêutica hormonal) +(Crane in Otto, 2000, p. 120)

A enfª - %neste momento a informação que tenho é que está proposta para ser operada só às lesões que tem na mama esquerda, e a cirurgia chama-se tumorectomia. Tem que fazer biópsia do gânglio sentinela que é primeiro gânglio da axila e que nos vai dar informação se não hã metastização, o que atualmente nada nos indique que haja, mas se for positiva implica outra cirurgia que é o esvaziamento axilar. É um internamento curto de dois dias e passa depois a ser seguida aqui por nós na consulta para realizar os pensos+. (a enfermeira esclarece a doente não só oralmente, mas utiliza também folhetos com fotografias que auxiliam a explicar o tipo de cirurgia a que a doente vai ser submetida, orienta a doente para o período pré e pós-operatório, descreve o dia do internamento, da cirurgia e da alta, esclarece a doente que a vigilância da ferida cirúrgica é feita na sala de tratamentos da clínica da mama).

Neste (Riley, 2004; Dias, 2005; Phaneuf, 2005), período de decisão cirúrgica é necessário repetir informações transmitidas no sentido de as clarificar, de focalizar e orientar a doente para determinadas situações. Muitas vezes, o doente tem dificuldade de ouvir ou revela-se esquecido devido ao stress que experimenta durante estas conversas. Cabe à enfermeira criar um ambiente positivo e de suporte e fornecer informação adequada ao doente/família de acordo com as suas necessidades.

A M. fica surpreendida - %eu desconhecia que tinha que fazer a excisão de gânglio sentinela, bem com o resultado desta biópsia é que se decide o que se vai fazer a seguir? E se for positivo posso ter de fazer outra cirurgia para esvaziamento axilar? Isso eu não estava à espera, mas se é preciso tudo bem eu quero é ficar bem. Nesta altura a enfª esclarece a doente que %a necessidade de outros tratamentos como quimioterapia ou radioterapia será decidido só após os resultados das biópsias feitas no momento da cirurgia+. M. fica ansiosa e responde - %nesta altura já deveria ser informada dos tratamentos que se seguem e do dia da cirurgia, pois esta espera é muito angustiante e preocupante+. A enfª %não é possível fazer esta programação em relação aos tratamentos como já lhe tinha explicado só depois dos resultados da biópsia, e em relação à cirurgia estamos com uma lista de espera de um mês e meio a dois meses+.

Nesta altura o marido refere - %a espera de um mês a dois para cirurgia é muito tempo a doença pode avançar, pelo que penso que se deveria intervir mais cedo+. Senti que era um sentimento válido, penso que o marido tem medo de um desfecho mais triste, é o medo da não cura, da morte ainda tão associada ao cancro. Pois como a doente a família também vive um sentimento de medo, de choque, de ansiedade que afetam o equilíbrio e a dinâmica familiar, provocando reações ineficazes e uma necessidade de se adaptar á nova situação, (Matos e Lopes, citado em Pereira e Lopes, 2005).

Nervosa M. refere- %tenho dúvidas se o diagnóstico está correto, uma vez que tenho dores no local das lesões e na região dorsal e lombar, mas que não são da coluna porque essas dores eu sei como são, e estas são diferentes, como choques e eu tenho medo se é já uma invasão do tumor nos tecidos+.

A enfª focaliza a sua atuação nesta parte explicando %que apesar de pouco frequente algumas doentes referem sentir dores no local da lesão+. Procura ainda refletir com a doente sobre os seus antecedentes, vindo a verificar-se que a doente já teve um problema de coluna com tratamento que não sabe especificar qual. A enfª tenta acalmar a doente, escuta-a, a exprimir as suas dúvidas e sentimentos, esclareceu-a - %que de momento nada leva a crer que a doença não esteja só localizada à mama+. Houve um período de silêncio, e a M. diz %estou cheia de medo da doença, e que esta se espalhe por todo o corpo+. A M. vivencia a sua doença oncológica como uma doença grave, com impacto emocional, psicológico e social intenso para si e para sua família associada á degradação física, ao sofrimento, com incertezas em relação ao futuro (Matos e Lopes, citado em Pereira e Lopes, 2005).

A M. tenta pressionar a enfermeira - %a enfª garante-me que o tratamento é só tirar a lesão, que não tenho que fazer mais tratamentos, que a doença não está espalhada e que este tempo de espera não vai agravar a situação+, ao que a enfª novamente lembra - %que essa decisão só será tomada após os resultados das biópsias a realizar durante a operação, no entanto pode ter de realizar radioterapia como medida de segurança uma vez que ainda é uma pessoa muito nova e em relação à doença não estar localizada nada o indica pela situação que apresenta+.

Aparentemente a doente e o marido parecem estar esclarecidos, é feita pela enfª novamente uma recapitulação e síntese da informação dada e reforçado à M. o facto que ao longo da doença vai ser sempre ela o centro da decisão e tem sempre uma enfermeira de referência para a acompanhar. A M. %estou esclarecida+e mais calma despede-se e sai. Alguns segundos depois a M. volta ao gabinete e pergunta %srª enfª, tem a certeza que posso ir descansada que a dor na coluna não será o tumor a espalhar-se pelo corpo+. A enfª tenta novamente tranquilizá-la, %penso que não pois nada, o prevê neste momento+mas nesta altura encaminha-a novamente ao médico para novos esclarecimentos.

Durante o decorrer da consulta fui sentindo e refletindo como um processo de doença oncológica é um momento tão stressante, cheio de angústias, dúvidas, interrogações, e medo de a doença não ser só local, de estar disseminada, de não ter cura. Senti-me impotente perante uma doença tão assustadora e que causa às doentes tantas perdas quer a nível físico com a mutilação corporal a que são submetidas, como a nível psicológico lembrei-me que %as perdas sucessivas somam-se os medos crescentes, situação que pode ocorrer do confronto com as alterações e limitações induzidas pelo surgimento da doença e pela sua evolução. Emerge o medo da morte, do desconhecido+(Pacheco, 2002, p. 60). Ao ouvir esta doente senti como o doente oncológico muitas vezes está perdido, e nós enfermeiros temos um papel importantíssimo em acalmar, informar, dar esperança com base em metas realistas, com verdade para se preparar para um processo de doença longo até à cura (como é o caso da maioria dos cancros da mama) é um momento de ansiedade para o doente e família.

Como avaliação positiva foi um momento de aprendizagem, em que pode observar como a qualidade da comunicação entre o enfermeiro e o doente, está relacionada com o ajuste emocional deste à doença e ao envolvimento no plano terapêutico. Em que o nosso papel é pautado não só por saberes técnicos, mas também pelo papel de suporte de sabermos o que dizer e como dizer, como a comunicação terapêutica, tem um papel fundamental, no estabelecimento de uma relação de confiança (Riley, 2004; Phaneuf, 2005).

A comunicação deve ser assertiva, responsável, um momento de partilha, de ponderação, de entrega ao outro é um momento de vivências, onde a pessoa doente e o profissional, partilham não só a sua doença, mas também aspetos da vida do doente, das expectativas futuras das metas a atingir ao longo do processo de doença, a eficácia da enfermagem exige assertividade e responsabilidade, a sua finalidade é ajudar os clientes a obter o melhor estado de saúde possível, solicitando os seus conhecimentos, estando atenta aos seus sentimentos e atitudes e tomar em consideração a sua força e as suas limitações+(Riley, 2004, p. 35).

Um dos momentos que mais incómodo me causou, foi quando a doente voltou novamente ao gabinete com as mesmas dúvidas em relação ao facto de poder estar metastizada. No início parecia-me uma falha de comunicação por parte do enfermeiro, que não tinha conseguido esclarecer a doente, mas ao refletir pode então compreender que mesmo sendo a nossa atuação correta e esclarecedora, existem aspetos que nunca vamos ultrapassar se o doente não quiser ou não teve capacidade para entender. A doente poderá ter diferentes graus de informação que vão desde o total conhecimento da sua doença até á completa ignorância, passando pela suspeita ou pelo conhecimento ambíguo. Estes diferentes níveis de informação têm consequências distintas ao nível do seu ajustamento psicossocial+(Dias, 2005, pg. 108). Esta parte da consulta, foi um momento de aprendizagem muito importante pois apreendi, que mesmo compreendendo a informação dada pelo enfermeiro é muito difícil o doente desmistificar alguns pontos onde fica focalizado, como neste caso a doente ficou sempre focada no facto de poder estar metastizada, e só ouviu em relação a toda a informação dada o que quis, o que conseguiu compreender, ou só o que teve capacidade e disponibilidade para aprender nesse momento.

Como conclusão aprendi que comunicar exige muita habilidade e perícia, não só adquirida através do conhecimento científico e do treino, mas também adquirida através da experiência vivida na prática diária, do saber, do saber ser de cada um de nós, exige ponderação, disponibilidade e entrega para ajudar estes doentes (Riley, 2004; Phaneuf, 2005). Nesta situação em concreto, penso que a enfermeira não poderia ter feito mais nada para ajudar a doente, pois que ela precisava era saber quando iria ser operada e essa decisão não depende da enfermeira. Contudo acho que a enfermeira tem um papel a desempenhar como elemento da equipa, de comunicar ao médico esta situação e procurar um acompanhamento mais presente desta doente, para prevenir problemas futuros.

Como planeamento de uma ação futura, esta situação vivenciada na clínica da mama, ajudou-me a compreender como é necessário desenvolver capacidades comunicacionais para dar resposta às necessidades do doente e família (Riley, 2004). As intervenções de

enfermagem desenvolvem-se com base na comunicação aberta e franca, através da presença, permitindo a expressão de sentimentos, apoiando o doente nas suas decisões, orientando-o para o processo de doença (Pacheco, 2002; Riley, 2004).

Esta situação ajudou-me a capacitar-me e a desenvolver competências para cuidar do doente com cancro, sendo estas competências, de saber compreender o outro, de ir ao encontro do outro, de partilhar os sentimentos, as emoções e as experiências do doente, de saber escutar ativamente, de congruência, de empatia com a finalidade de promover a melhoria dos cuidados prestados ao doente e família utilizando a comunicação como ferramenta terapêutica. Riley (2004, p.26) afirma %os enfermeiros sentem-se realizados quando as suas intervenções têm um efeito positivo no estado de saúde do cliente e quando sentem que foram competentes a cuidar+.

Este estágio mudou na minha maneira de comunicar ao doente uma informação positiva ou negativa. Fez-me ver que tudo começa na forma como nos relacionamos com o outro, da maneira como dizemos e transmitimos as notícias. É através da interação doente/enfermeiro, da relação de ajuda, que o enfermeiro promove o cuidar através da comunicação terapêutica criando um ambiente seguro.

Bibliografia

- Buckman, R., (1994). *SqAsseoir Pour Parler- Lart de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades- Guide du Profissionnel de Santé*. Paris: Intereditons.
- Buckman, R., (2001) . %Communication skills in palliative car . a practical guide+. *Neurologic Clinics*. 19, (4).
- Dias, R., (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Manuais Universitários 25 . Climepsi.
- Henderson, V., (1994). *La Naturaleza de La Enfermeria . Reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana . Mcgraw- Hill.
- Otto, S., (2000). *Enfermagem Oncológica* (3^o ed.). Loures: Lusociência.
- Pacheco, S., (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Perspetiva Ética*. Loures: Lusociência
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2^a ed.). Lisboa: Manuais Universitários 25 . Climepsi.
- Phaneuf, M., (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Riley, J., (2004). *Comunicação em enfermagem* (4^a ed.). Loures: Lusociência.

Apêndice II

Reflexão Segundo o Ciclo de Gibbs na Equipe Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Esta reflexão descreve e analisa o encontro com o doente com doença avançada e família. O meu objetivo foi analisar como se estabelece a comunicação e se executam as competências num contexto de relação que se pretende terapêutico. Através desta reflexão espero conhecer e desenvolver as capacidades e saberes necessários para estabelecer uma comunicação terapêutica.

Descrição da Situação: Doente AJML de 63 anos, sexo masculino, internado no serviço de oncologia médica com o diagnóstico de metástase cervical de carcinoma pouco diferenciado de tumor primário desconhecido. Foi referenciado para seguimento pela EIHSCP, sendo esta a primeira visita.

À chegada ao serviço de internamento, após consultar o processo clínico observa-se que o motivo da atual admissão, é dispneia marcada, derrame pleural esquerdo, fadiga e anorexia. Dados da história da doença: seguido na instituição desde Novembro de 2011, altura em que lhe é diagnosticado massa cervical de tumor desconhecido: realizou radioterapia com sequelas de xerostomia intensa e quimioterapia que interrompeu ao 3º ciclo por toxicidade cutânea e trombocitopenia, realizou diversos exames tendo a cintigrafia óssea revelado metastização óssea multifactoral esterno, grelha costal esquerda, coluna dorsal D5-D12 e sagrada, tem também metastização hepática, adenopatias na região cervical e mediastino. Como antecedentes pessoais enfarte agudo do miocárdio em 2010 com By-pass coronário, enfizema pulmonar, carcinoma papilar celular da pele em 2007, espondilite anquilosante com uveíte.

Apesar de o doente ter uma doença avançada e incurável de momento necessita de recursos específicos para a patologia aguda que contribuem para a qualidade de vida pela ã presença de problemas e sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais ã (Sapeta, 2011, p.23) que causam sofrimento e impato emocional no doente.

A segunda ação é procurar junto da enfermeira responsável pelo doente no serviço, colher informação de como o doente se encontra, que necessidades e sintomas estão alterados e são prioritários.

A enfª do serviço refere: - ãO Sr. A., estava com uma dor de 4, tendo feito paracetamol 1 gr e.v., com efeito e mantém fentanil 50/Ug . Está é dispneico com Oxigénio a 4l/m e com cansaço marcado pelo que não fez levantar. Era importante tentar-se otimizar a parte respiratória para melhorar a situação do doente, sendo no momento o que está mais descontrolado.

A enf^a da equipa intra-hospitalar -õ Vamos tentar junto da médica da equipa ver o que é possível fazer para otimizar a parte respiratória. O alívio de sintomas é sem dúvida o mais importante para melhorar a qualidade de vida do doente nesta fase, deve ser feita uma correta avaliação saber se a causa é da doença ou do tratamento para que se opte pelo tratamento mais adequado (Abiven, 2001).

Senti que este relacionamento entre os membros das duas equipa de enfermagem, é de primordial importância para o desenvolvimento do trabalho em equipa interdisciplinar, fazendo uma abordagem das necessidades do doente e delineando estratégias de intervenção do ponto de vista terapêutico e relacional, tendo como finalidade não só cuidar o doente, como ajuda os enfermeiros na tomada de decisão. Observei que o enfermeiro da equipa intra-hospitalar é o elo de ligação entre os enfermeiros do serviço de internamento e a restante equipa intra-hospitalar, promovendo o trabalho interdisciplinar com um dos pilares de cuidar em fim de vida como nos refere Trycross (2001, p.18) õ os cuidados paliativos são melhor administrados por um grupo de pessoas que trabalham em equipa. Esta encontra-se coletivamente empenhada no bem-estar do paciente e da sua família.õ

Após esta conversa dirigimo-nos à enfermaria para iniciar a visita. O doente encontra-se deitado em fowler, apresenta dispneia em repouso com oxigénio por óculos nasais a 4l/m, emagrecido, pálido, abdómen distendido, membros inferiores edemaciados tem soro por catéter central. Apresenta fácies triste mas calmo. A enf^a dirige-se ao doente ó õ Bom dia Sr. A., eu sou a enfermeira da equipa intra-hospitalar e comigo está a Enf. E. que está a estagiar connosco, o Sr. já sabia que o vínhamos visitar.õ A.-õSim sabia a minha médica já me tinha dito.õ Doente ao falar apresenta afonia marcada e a boca com aparência de muito seca.

Enf^a - õ Podemos conversar consigo um pouco, está com disposição?õ A.-õ simõ a enfermeira senta-se junto do doente. Assaltaram-me os mesmos sentimentos sobre o acolhimento ser um momento crucial para o sucesso da relação que se estabelece com o doente e família, já referido na anterior reflexão. Mas sentar-se confirma ir ao encontro do outro, conhece-lo pela expressão dos seus sentimentos, permite entender, aceitar, respeitar, escutar, perguntar sobre as emoções, significativa que a pessoa que ajuda está completamente voltada para o outro, para a sua situação e para o seu sofrimento, disponibilizando-se para uma troca que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade (Phaneuf, 2005; Sapeta, 2011).

Enfª ó ã Sr. A., a finalidade da nossa equipa é ajudar a controlar alguns dos sintomas que apresenta neste momento da doença. Pode-me contar como surgiu-o a sua doença atual?õ. Este momento após preparar o contexto e o ambiente tem como função perceber o que doente sabe da sua situação, a forma de a encarar, de exprimir os seus sentimentos o que quer saber e qual o conteúdo emocional das suas mensagens utilizando como guia o protocolo de Spikes (Buckman, 1994, 2001).

A.-õ Tudo começou há cerca de um ano com uma massa na região cervical que foi aumentando, pelo que recorri a aqui ao hospital. Como não se sabia qual a origem, e não tinha só a massa cervical como outra massa infra clavicular, foi proposto realizar quimioterapia que correu mal pois fiz uma toxicidade ao 3º ciclo com perda de sangue pela boca e com alterações cutânea tendo sido internado nessa altura para realizar terapêutica pois tinha alterações das plaquetas. Posteriormente fiz 6 semanas de radioterapia da qual também fiquei com xerostomia intensa que me provoca esta dificuldade de falar (doente constantemente bebe pequenos golos de água para humedecer a boca para conseguir continuar a falar) e de deglutir pelo que me alimento de dieta pastosa. E diz a sorrir, já tenho saudades de comer tremoços e beber ã uma imperialõ. Agora estou aqui por esta dificuldade em respirar e ter líquido no pulmão, o que me limita nas minhas atividades.õ Senti que o doente evidenciou um sentimento de tristeza pois algo tão simples como comer tremoços não estar ao seu alcance. Fez-me pensar como uma doença oncológica limita a pessoa nas suas necessidades básicas, com este ato de comer tremoços tão enraizado socialmente e tão simples faz com que este doente se sinta tão limitado nos prazeres que a vida lhe dá, como nos refere Henderson (2007) estas necessidades existem independente do diagnóstico, e são modificadas pela patologia, o estado emocional e as capacidades físicas. A doença oncológica tem impacto a nível físico, psicológico, familiar, social, emocional e caracteriza-se por uma grande carga emocional ao longo de todo o processo da doença (Pereira e Lopes, 2005).

Ouvir o doente a falar da sua situação de como encara a doença, das suas preocupações, exprimir os seus sentimentos, respeitando as suas opções, os seus comportamentos é essencial para o estabelecimento da relação de ajuda através da escuta ativa, da empatia compreendendo os sentimentos conhecendo o outro respeitando-o na sua experiência de vida (Riley, 2004; Pacheco, 2002). A escuta ativa é crucial no processo de cuidar o doente em fase terminal e esta habilidade não consiste só em captar e compreender o que as palavras dizem, é também estar atento aos

sentimentos, às mensagens da linguagem verbal e não-verbal, aos silêncios, aos gestos, ao olhar (que nos dão pistas dos estados emocionais). Implica não interromper, olhar nos olhos, ter atitudes e postura de disponibilidade, sem dar sensação de pressa, sentar-se ao seu lado, dar sinais de que está a escutar como acenar a cabeça em sinal de compreensão, não julgar, repreender ou corrigir.

A enfª procura ajudar a melhorar a xerostomia que tanto incomoda o doente perguntando õde facto comer os tremoços pode ser mais difícil, e a alimentação que lhe fornecem é adequada? E os bochecos com a solução sintética não o melhora?õ Devemos ainda empatizar dando sinais de compreender os seus sentimentos, de que é difícil enfrentar as sucessivas perdas, prestando atenção ao que se diz e como se diz, o tom de voz, a delicadeza, a naturalidade, ser fiável e dizer a verdade, transmitindo esperança (Phaneuf, 2005; Sapeta, 2011).

A.- õsim é suficiente, trazem-me muito comer, mas não tenho grande apetite. Em relação aos bochecos faço depois das refeições e ao deitar mas a melhoria é pouca, já experimentei diversos produtos mas com o que me dou melhor é com a vossa solução. Agora a doença também me limita na mobilização pelo cansaço e pela dor que tenho na região inguinal esquerda e pelos edemas marcados nos pés e pernas.õ

Nesta altura a enfermeira aplica o gráfico de avaliação de sintomas de Edmonton que está em vigor na unidade para fazer uma avaliação mais precisa da dor e do cansaço, õ na escala de 1 a 10 onde se coloca agora em relação ao cansaçoõ, A.- õ 4/5õ. Enfª õe em relação à dor também de 1 a 10 onde se coloca neste momentoõ

A.-õ 4 a dor agora não é muito incomodativa uma vez que tenho espondilose anquilosante já tinha algumas dores anteriormente e como estou em repouso é tolerada. Sabe o que verdadeiramente me incomoda nesta situação é ter alterado toda a minha vida. Como me reformei há cerca de um ano pensava agora poder dedicar-me a fazer outras coisas e não estar dependente de terceiros. Não gosto de incomodar. Sabe eu não queria vir para o hospital a minha mulher e o meu filho é que vieram falar com a médica para me ver e fiquei internadoõ, Enfª ó õcom certeza que a sua família procurou ajuda para passar esta fase mais difícilõ. O doente - õ eu sei mas gosto de ser eu a decidir, neste momento gostaria de poder voltar a casa o mais rapidamente possívelõ. Ao refletir sobre estas afirmações sente-se que este doente está habituado a ser o decisor da sua vida, a ter a sua autonomia, e que o facto de estar mais dependente é um

motivo de apreensão, mas esta debilidade física não o limita nas suas decisões e relação ao seu futuro, devendo é o dar sinais de que se coloca no lugar do doente e compreende os seus sentimentos de que é difícil enfrentar as sucessivas perdas (Sapeta, 2011, p. 83).

Fez um período de silêncio e o doente com uma expressão de tristeza, com os olhos lacrimejantes afirmou- o sabe eu já vivi uma longa vida a nível pessoal e profissional, já fiz o que queria fazer, mas de qualquer maneira gostaria de ainda cá estar mais uns anos. Penso que também transmiti alguns valores ao meu filho, principalmente o respeito pelos outros. A Enfª tocando no braço do doente pergunta o porquê diz que já viveu? A. o Perguntei à médica qual seria a evolução da doença e ela respondeu que se tinha de controlar a parte respiratória por causa do derrame pleural. Era necessário esperar os resultados do líquido que foi colhido para saber os passos a dar em relação à decisão terapêutica, mas que também era necessário pensar o futuro. E eu nesta altura pensei que poderia passar por uma situação mais complicada, mas ainda não sei. Senti que o doente tem conhecimento geral da sua situação, mas ainda sem toda a informação em relação ao estado avançado da doença, que ainda tem alguma esperança se não na cura em viver mais algum tempo após controlar esta fase mais aguda. É claramente uma má notícia esta percepção do doente de que a doença o impede de agir e compromete o seu futuro, fá-lo perder o controlo sobre ela e encurta-lhe o tempo previsto de vida.

Em relação à adaptação à doença e segundo Kubler-Ross (2002) parece-me que o doente se encontra em duas fases, a de negociação em que o doente já admite a existência da doença mas ainda espera os resultados dos exames para ver se existe a possibilidade de melhoria e a fase de aceitação em que pela informação dada pela médica assistente ficou a pensar que a sua doença poderia estar em estadió avançado. Enfª- Sim é necessário esperar pelos restantes exames para outras decisões terapêuticas, mas não vamos deixar de o cuidar. Vamos tentar melhorar a dificuldade respiratória com alguma terapêutica e a dor, veremos o que é possível fazer em relação aos edemas das pernas e dos pés. E também iremos ver a melhor maneira junto de si e da sua família para poder voltar ao seu domicílio. A enfermeira falou com clareza sobre a situação, focalizou-se nas necessidades atuais do doente, no que mais o incomodava, clarificou dúvidas acerca da doença com informação adequada e verdadeira com metas realistas com uma comunicação verdadeira, assertiva, não dando falsas esperanças e baseada nos sentimentos que o doente expressou (Pereira e Lopes, 2002; Riley, 2004). A enfermeira foi congruente, autêntica consigo própria e com o doente quer na expressão dos sentimentos quer na comunicação verbal e

não-verbal, respeitando os silêncios como momentos terapêuticos e teve a coragem de assumir que não tinha soluções e respostas para todas as dúvidas do doente (Pacheco,2002).

Neste momento tive a percepção que satisfazer esta vontade de o doente regressar ao seu domicílio seria difícil não só pela dificuldade respiratória que o doente apresenta, como pelo descontrolo de outros sintomas, que exigem uma intervenção terapêutica diferenciada não possível no domicílio. Mas satisfazer as necessidades do doente em fim de vida para o enfermeiro em cuidados paliativos é primordial, a resposta deve ser sempre centradas na singularidade de cada doente õque são realmente dele, e ele tem, por isso, um papel insubstituível na definição de quais são essas necessidades e de como pensa e espera que possam ser satisfeitasõ (Frias, 2008, p.65), mas satisfazer estas necessidades tem como principal finalidade aliviar o sofrimento, mantendo o bem-estar com metas realistas, e mobilizando os próprios recursos do doente e da família e dos profissionais de saúde.

Ao longo de toda a visita esteve sempre presente a comunicação verbal e não-verbal, através da palavra da enfermeira, da presença, da capacidade de escuta, dos silêncios que foram respeitados, do respeito pelos sentimentos do doente, tornando a comunicação essencial no cuidar o doente em fim de vida e no desenvolvimento da relação de ajuda, e é um instrumento que a enfermeira tem ao seu dispor uma que lhe permite õconhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamentoõ (Phaneuf, 2005, p.17). Ao final de hora e meia termina a nossa visita, a enfermeira pergunta ao doente õpodemos voltar amanhã a visitá-loõ. O doente responde que sim, despedimo-nos do doente até ao dia seguinte, reforçando a ideia que a EIHS CP iria ver da possibilidade de fazer algumas alterações terapêuticas para melhorar a dificuldade respiratória.

No final da visita estava um pouco confusa, tinha um turbilhão de emoções e sentimentos para refletir. Senti que cuidar deste doente cada vez mais iria ser deixar os tratamentos curativos, e ajudá-lo a adaptar-se a viver a sua situação de pessoa em fim de vida. Refleti como o nosso cuidar õ é um verdadeiro encontro com o outro, é estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caraterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiançaõ (Pacheco, 2002, p.33), onde se valoriza o envolvimento emocional, cultural e espiritual em que os resultados terapêuticos pretendidos são a busca do conforto e de bem-estar, o alívio da dor, do sofrimento físico, psicológico e espiritual conferindo dignidade e respeito (Pacheco, 2002;

Sapeta, 2005; Frias, 2008). Mas também experimentei um sentimento de impotência, de frustração ao pensar que este doente pode nunca vir a ter condições para regressar ao seu domicílio, de que a sua doença se encontra tão avançada que pode morrer dentro de dias. Senti fracasso perante a doença como esta nos domina, limita. Também revivi algumas situações pessoais e profissionais com que me identifiquei ao ouvir este doente, sentindo-me confrontada com a morte que é algo que não gostamos de pensar, e foi confrontada com os meus medos e os meus sentimentos (Buckman, 1994; Pereira & Lopes, 2005; Sapeta, 2008), o que ao longo da visita limitava a minha clareza de pensamento e a capacidade de intervir com medo que o doente percebesse o que senti-a colocando em causa a relação de ajuda.

Durante toda a visita fui pensando como é importante para nós enfermeiros adquirir a capacidade de auto conhecimento no sentido de refletir sobre os sentimentos expressos pelo doente, e como esses sentimentos, nos ajudam a refletir sobre os nossos próprios sentimentos, como coloca em causa as nossas crenças, as nossas atitudes, que não devem representar uma barreira (Abiven, 2001) e que nesta situação não representaram. Pensei ser de extrema importância sermos capazes de nos relacionarmos com os outros de estar disponíveis para o outro de responder às suas solicitações, valorizando as suas expectativas, de sermos capazes de desenvolver a autoconfiança para podemos estar abertos à experiência do outro aceitando as suas vivências, as suas crenças, as suas atitudes. Como nos refere Frias (2003,p.65) *õeste ou é õcuidar comö ou não é um verdadeiro cuidarö.*

Ao fazer uma avaliação da situação sobre este momento pode observar como se estabelece a relação enfermeiro/doente ao iniciar a sua caminhada na fase terminal e quais as intervenções de enfermagem adaptadas para lidar com a situação. Uma das estratégias é utilizar a comunicação e a relação de ajuda como desenvolvimento do processo de cuidar. Esta situação ajudou-me a desenvolver capacidades técnicas e relacionais para cuidar de doentes com doença avançada. Aprendi a valorizar o silêncio, a empatia, a escuta ativa através da comunicação verbal e não-verbal, a ser autêntica com o doente, a valorizar os seus sentimentos, emoções e dúvidas a desenvolver a capacidade de clarificação. Mas também aprendi a conhecer-me melhor, a compreender que as culpas, as recriminações e o fracasso que por vezes sinto perante a doença incurável é uma reação natural é o caminho que tenho de fazer para aceitar a finitude de todos nós e aprender com cada situação a expressar os meus sentimentos e emoções, a partilhá-los com os outros como forma de ajuda, de crescimento pessoal.

Analisar esta experiência faz-me pensar como é importante estar disponível para conhecer e compreender o outro, como devemos cuidar os doentes com base nas suas reais necessidades, nas suas escolhas, como um meio de o ajudar a atingir os seus objetivos com metas realistas. Um dos sentidos que mais retive da situação que descrevi foi que ouvir o outro a transmitir a sua experiência de vida, as suas crenças, as suas vivências e os seus valores é uma partilha única que revela a singularidade da pessoa em nossa presença tornando o cuidar em enfermagem um desafio não só na realização das intervenções do cuidado terminal, mas também relacional e humano onde se partilha sentimentos, entre a pessoa que cuida e a cuidada, através do estabelecimento da relação de ajuda. Alguns autores (Pacheco, 2002; Phaneuf, 2005; Sapeta, 2008) cuidar em fase terminal vai além de satisfazer as necessidades físicas tem uma visão global da pessoa, está orientado para o alívio do sofrimento, e para garantir a qualidade de vida até ao fim, aceitando a perspectiva do doente exigindo ao profissional uma ação muito complexa e dedicada, estabelecendo uma aliança terapêutica valorizando os seus sentimentos e atitudes e favorecendo a prática reflexiva e a reflexão pessoal.

Como conclusão penso que no momento pouco mais poderia ter sido feito, uma vez que por ser o primeiro contato do doente com a equipa ainda não se estabeleceu a confiança. No entanto senti que se poderia ter aprofundado um pouco mais sobre o que o doente sabia da sua situação pois no final da visita fiquei com dúvidas se o doente tinha ou não uma percepção da evolução da sua doença, mas conversando com a orientadora compreendi que o doente tinha a percepção da sua situação que sabia como grave era mas que ainda não estava preparado para falar do fim da sua vida.

Ao longo deste ensino clínico tenho verificado que é fundamental nos cuidados paliativos existir um saber teórico, científico, mas a existência de um saber emocional é também de primordial importância, utilizando a comunicação como o método de aproximação e de desenvolvimento de todo o processo de cuidar (Sapeta e Lopes, 2007) é um desafio, que penso conseguir enfrentar depois das competências adquiridas neste estágio e que me vão ajudar no contacto futuro com estes doentes.

Bibliografia

- Abiven, M., (2001). Para uma morte mais humana. Experiencia de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos. Loures: Lusociência.
- Buckman, R., (1994). *Sø Asseoir Pour Parler- Løart de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades- Guide du Professionnel de Santé*. Paris: Intereditons.
- Buckman, R., (2001). Communication skills in palliative care. A Pratical guide. *Neurologic Clinics*. 19, 4.
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Frias, C., (2008). O Enfermeiro com a pessoa em fim de vida na construção do cuidar. *Revista Referência II*. 6, 57-67.
- Frias, C., (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte. Um desígnio do enfermeiro em formação* (1º ed.).Loures: Lusociência.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta
- Kubler- Ross, E., (2002). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Editores Martins Fontes.
- Pacheco, S., (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Perspetiva Ética*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Manuais Universitários 25 ó Climepsi.
- Phaneuf, M., (2001). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P.; Lopes, M. (2007). Cuidar em Fim de Vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência II*. 4, 35-57.
- Riley, J., (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Twycross, R., (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.

Apêndice III
Questionário

No âmbito do 3º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Oncológica, foi proposto a realização de um projeto de estágio com relatório, que visa conhecer um problema da minha prática de cuidados que deve corresponder às minhas necessidades, mas que também tenha sentido e seja explícita para a unidade e pares do contexto de trabalho.

Após reflexão, senti necessidade de desenvolver um projeto de intervenção a nível local na área da capacitação do enfermeiro para a comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa, tendo como objetivo promover o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros a nível técnico e emocional em comunicação de más notícias, para cuidarmos do doente e família de forma a promover um ambiente terapêutico e seguro através de uma comunicação eficaz, não esquecendo também de saber reconhecer as emoções em nós próprios a fim de as gerir no interior da relação de ajuda.

O questionário é anónimo e tem como finalidade, saber que tipo de más notícias é mais frequente no serviço, conhecer a prática da relação entre a equipa multidisciplinar médico/enfermeiro, como a equipa coloca em circulação a informação e identificar a prática de enfermagem em relação à comunicação de más notícias.

Agradecida pela colaboração.

Eunice Maria Tourita Mergulhão

1-Sexo

Feminino

Masculino

2 - Nível de Escolaridade

Bacharelato

Licenciatura

Especialidade Se sim, em que área _____

Mestrado Se sim, em que área _____

Pós Graduação Se sim em que área _____

Tem formação na área das más notícias? Sim Não

Se sim, qual _____

3 - O que são para si más notícias em saúde?

4 ó Com que frequência o médico o avisa quando vai fazer uma comunicação de más notícias ao doente de que é responsável? (assinale a resposta que lhe parece mais adequada, colocando uma cruz em cima do numero, tendo em conta que 1 é nunca e 7 é sempre)

Nunca

Sempre

|_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
1 2 3 4 5 6 7

5 ó Diga, qual foi a última má notícia com que teve de lidar num dos doentes de que foi responsável?

6 ó Descreva nessa situação:

a) O que sentiu?

b) Que estratégias utilizou?

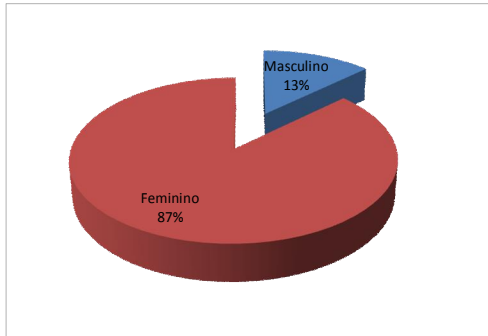
c) Que dificuldades teve?

7 ó Na sua opinião, o que se poderia fazer no serviço para melhorar a nossa intervenção na comunicação de más notícias, ao doente e/ou família?

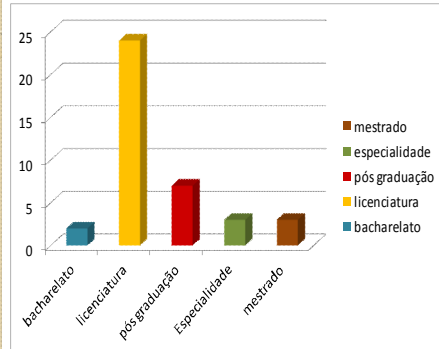
Apêndice IV

Gráficos de Distribuição do Sexo, Níveis de Escolaridade Geral e Específica de Más Notícias dos Enfermeiros

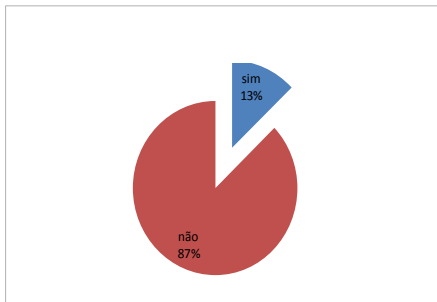
Distribuição dos Enfermeiros por Sexo



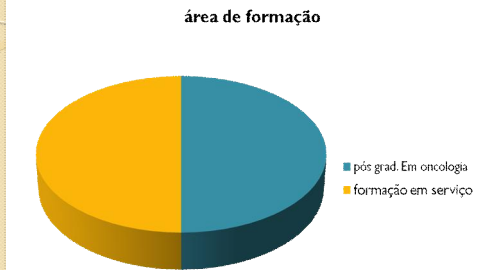
Distribuição dos Níveis de Escolaridade dos Enfermeiros



Formação em más notícias



Em que área?



Apêndice V

Quadros de Apresentação dos Dados da Análise de Conteúdo do Questionário

Quadro I . Conhecimento que o grupo de Enfermeiros tem de má notícia

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência	
Define o que é má notícia	<p>é toda a informação que envolve uma mudança negativa na vida da pessoa e na perspectiva de futuro (Q 1; Q 3; Q 6; Q 8; Q 11; Q 21; Q 26)</p> <p>são resultados de saúde negativos que têm de ser comunicados ao doente (Q 2; Q 9; Q 23)</p> <p>o algo que causa sofrimento, que é subjetivo e varia de pessoa para pessoa (Q 4; Q 18; Q 29)</p> <p>o comunicação de um mau prognóstico sem grande hipótese de cura (Q 5; Q 16)</p> <p>o notícia menos agradável que causa desconforto no doente e família a nível físico, psicológico e emocional (Q 7; Q 15; Q 22; Q 24; Q 25; Q 27; Q 30)</p> <p>o notícias que não vão de encontro às expectativas do doente e família (Q 12)</p> <p>o notícias que o doente considera como má relativamente ao seu estado de saúde (Q 19; Q 20; Q 31)</p> <p>o notícias que envolvem a separação de ente queridos, alteração dos hábitos quotidianos e a morte (Q 13)</p> <p>o transmitir à família/ cuidador a morte ou alterações no status da doença do doente (Q 17)</p>	7 3 3 2 7 1 3 1 1	28
Dá exemplos de má notícias	<p>o morte do doente, tumor irrecorrível (Q 1)</p> <p>o Doente tem conhecimento que a cirurgia correu mal, que é portador de uma neoplasia (Q 28)</p>	1 1	2
Omisso		1	1

Quadro II . Frequência com que o enfermeiro é avisado pelo médico que vai ser feita uma comunicação de má notícia ao doente

Nunca	Pouco frequente	Razoavelmente frequente	Mediamente frequente	Frequente	Muito frequente	Sempre
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
12	14	2		1	1	

Quadro III . Qual o tipo de má notícia com que lidou ultimamente

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência	
Óbitos	õcomunicação de óbito à esposa/família de um doenteö (Q 1; Q 3, Q 4;Q 7; Q 9; Q 10; Q11; Q 13; Q 15, Q 16, Q 17, Q 19; Q 29; Q 31)	14	14
Diagnóstico de neoplasia com mau prognóstico	õcomunicação um diagnóstico de neoplasia com mau prognósticoö(Q 5; Q 18; Q 22, Q 23; Q 24) õagravamento do estado geral, por carcinomatose peritoneal e dificuldade respiratóriaö (Q 6) õ tem de fazer um tac urgente por agravamento da situaçãoö (Q 21)	5 1 1	7
Transição para fase terminal	%doente em fase terminal já se encontrando agónicoö (Q 2) õ transferência de doente para outro hospital, por situação paliativaö(Q 30)	1 1	2
Inoperabilidade de tumor maligno	õdoente desconhecia que não tinha sido operado a tumor do fígadoö (Q 8) õinformar a família que a cirurgia proposta não realizada foi por tumor irressecávelö (Q 12) õ informar o doente da impossibilidade de operar por evolução da doença malignaö (Q 20) õinformar o doente que a cirurgia realizada não foi curativa por o tumor estar disseminadoö (Q 25; Q 28)	1 1 1 2	5
Futilidade de tratamento	õ entubar um doente que está em fase terminal /agónicaö(Q 26)	1	1
Não ser operado no dia previsto	õinformar o doente que já não iria ser operado naquele diaö (Q14; Q 27)	2	2

Quadro IV . Sentimentos experienciados pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência	
Constrangimento	õconstrangida por informar telefonicamente a família da morte de um doenteö (Q1)	1	3
	õpor encarar a família, que depositava esperança na cura do doenteö (Q6; Q 7)	2	
Impotência	õimpotência perante a situação, por não haver curaö (Q 2; Q 5; Q 9; Q 12; Q20; Q 27; Q 28)	7	11
	õempatia com os familiares apesar de me sentir impotente perante a situaçãoö (Q 10)	1	
	õimpotência perante o falecimento, que logo deu lugar à tranquilidade e aceitaçãoö (Q 11)	1	
	õ por desconhecer até onde ir na informaçãoö (Q 22)	1	
	õ impotente perante o sofrimentoö (Q 30)	1	
Compaixão	õpela esposa que chorava muitoö (Q 3; Q 26)	2	2
Frustração	õ por ter estado ausente aquando da notícia, e não ter tido um papel mais ativo no apoio á família com a qual já tinha estabelecido uma relaçãoö (Q 4)	1	3
	õ por estar a transmitir uma noticia que não ia de encontro ás expectativas do deonteö (Q 14; Q16)	2	
Tristeza	õ por nada poder fazer perante a doença incurávelö (Q5; Q 13; Q 23; Q 24; Q 25)	5	7
	õ triste e ansiosa por informar a morte de um doenteö (Q 15)	1	
	õ por não saber o que dizerö (Q 30)	1	
Angústia	õsenti angústia por o doente não saber da sua situação, mas não queria ser eu a dizerö (Q8)	1	3
	õangustiada por estar a dar esta notíciaö (Q9; Q 17)	2	
Medo	õ dificuldade de gerir a situação perante a reação do doenteö (Q 18)	1	1

Preocupação	relativamente à forma como a família percebe a notícia (Q 19)	1	1
Fracasso	o senti fracasso perante a situação (Q26)	1	1
Pena	o pena da esposa pela morte inesperada (Q 29)	1	1
Não especificadas	o sentimentos intensos, difíceis de controlar de forma a conseguir confortar a família (Q 31)	1	1

Quadro V . Estratégias utilizadas pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência	
Tornear a situação	õ tornar a situação, ver se a esposa estava acompanhada, expliquei que a situação se agravou durante a noite tendo vindo a falecerö (Q 1)	1	2
	õ evitar abordar o assunto em concreto, fugindo á questão do doenteö (Q 8)	1	
Presença	õ permaneci junto da família após informar da morte de familiarö (Q 3)	1	4
	õ acompanhar o doente estar presente ö (Q 25; Q 30)	2	
	õ estar ao pé do doente para satisfazer as suas necessidadesö (Q 11)	1	
Esclarecimento	õ Esclarecer dúvida sobre a situação e mostrar disponibilidade ö(Q 4; Q 5 ; Q10; Q 12, Q 14; Q 23; Q 27)	7	9
	õusar linguagem simplesö(Q 23)	1	
	õfocar a conversa no que o doente podia fazer a partir daqui, melhorar a qualidade de vida, evitar o sofrimento, ensinar estratégias para a esposa lidar com a situaçãoö (Q 6)	1	
Escuta ativa	õdeixei os familiares e o doente expressarem os medos, angústias em relação à doençaö (Q 5; Q12; Q 17; Q 31)	4	14
	õ capacidade de escutar o doenteö (Q14; Q 19; Q 25)	3	
	õ ouvir o que eles tinham para dizer e disponibilidade para ajudarö (Q 16)	1	
	õ ouvir em silêncio ö (Q 21; 31)	2	
	õ perguntar ao doente o que tinha percebido, reforçar a informação e perceber o que o doente senteö (Q 22; Q 23; Q 24)	3	
	õ dar espaço para expressar as emoçõesö (Q 29)	1	

Empatia	õtento sempre colocar-me no lugar do outro, respeitando a sua condiçãõ de doente, mostrando disponibilidadeõ (Q 26)	1	1
Honestidade	õ ir direta ao assunto com simpatiaõ (Q 7) õ ser honesto sempre e informar da impossibilidade cirurgia e das alternativas paliativasõ (Q 20)	1 1	2
Apoio emocional	õ apoiar a família sem mostrar ansiedadeõ (Q 9) õ encorajar o doente a falar com a família do diagnósticoõ (Q 18) õ dar conforto ao doente na fase agônica e apoio aos familiaresõ (Q 2) õ tranquilizar a família que o doente não teve sofrimentoõ (Q 13)	1 1 1 1	4
Toque terapêutico	õ Tocar os familiares, como forma de disponibilidadeõ (Q 10; Q 17) õ dar a mãoõ (Q 26)	2 1	3
Tom de voz	õ tom de voz calmo e serenoõ (Q 14)	1	1
Local seguro	õacompanhar os familiares para local adequado e reservadosõ (Q 13; Q 23)	2	2

Quadro VI . Dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência	
Informação	o informação telefónica de falecimento permitida em caso esperados (Q 1)	1	1
Apoio à família	o lidar com os familiares (Q 2)	1	3
	o dar alento à família quando morre um familiar (Q 3)	1	
	o forma de transmitir conforto emocional aos familiares (Q 12)	1	
Tempo	o falta de tempo para estar sempre presente quando da comunicação de má notícia (Q 4)	1	1
Aceitar a não cura	o dificuldade em aceitar que por muito que se faça o resultado final da doença não se altera (Q 5)	1	3
	o difícil aceitar a não cura, a proximidade da morte e preparar o melhor caminho para o fim (Q 6; Q 20)	2	
Comunicação	o não saber o que dizer ao doente para ajudar (Q 8; Q 16; Q 21)	3	11
	o como comunicar com a família (Q 11)	1	
	o quais as palavras certas no momento certo (Q 15; Q 26; Q 27, Q 29; Q 30)	5	
	o em dar a notícia e estar disponível para o doente (Q 18)	1	
	o não saber o que dizer, para não antecipar a informação médica, dificuldade em ser assertiva (Q 22)	1	
Controlar as suas emoções na situação	o não olhar a família nos olhos para não verem o meu receio e angústia perante a morte (Q 9)	1	9
	o dificuldade em lidar com o sofrimento do outro (Q 10)	1	
	o em não chorar, em conter as lágrimas (Q 13; Q 17; Q 24)	3	
	o controlar os sentimentos de tristeza perante a situação (Q 25)	1	
	o controlar a tristeza e angustia por não conseguir ajudar mais (Q 30)	1	
	o como controlar as emoções e sentimentos para promover um ambiente terapêutico (Q 31)	1	

Reação	õ dificuldade em lidar com a reação do doenteö (Q 23)	1	1
Sem dificuldades	õ sem nenhuma dificuldade em comunicarö (Q 28)	1	1

Quadro VII . Sugestões para melhorar as capacidades do enfermeiro para comunicar uma má notícia

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Frequência	
Formação em comunicação de más notícias com treino	<p>• formação em equipa multidisciplinar (Q 1, Q 2; Q 6; Q 12; Q 13; Q 17; Q 18)</p> <p>• formação como forma de adquirir competências e estratégias comunicacionais (Q 4; Q 7; Q 9, Q10, Q 11; Q 14; Q 16; Q 20; Q 24, Q 25; Q 29; Q 31)</p> <p>• formação com uso de técnicas de comunicação (Q 22; Q 26; Q 30)</p> <p>• formação através de role play (Q 27; Q 20)</p>	7 12 3 2	24
Espaço Reflexivo no serviço	<p>• partilha de experiencias entre os enfermeiros, troca de opiniões, para delinear estratégias (Q 3; Q 6; Q10; Q 29)</p> <p>• partilhar os sentimentos (Q 23)</p> <p>• refletir para melhor lidar com o doente e família (Q 5; Q 21)</p> <p>• falar dos nossos medos e dificuldades e emoções em comunicar (Q 8; Q 15; Q 17)</p>	4 1 2 3	10
Uniformização de procedimentos	<p>• protocolos sobre comunicação de más notícias (Q1; Q 27)</p>	2	2
Trabalho em equipa	<p>• trabalho em equipa como forma de apoio e de ajuda para superar as dificuldades (Q 15; Q 18; Q 19, Q 20; Q 25; Q 28)</p>	6	6

APÊNDICE VI

Apresentação do Projeto à Equipe de Enfermagem

CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS AO DOENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A CIRÚRGIA PALIATIVA

Eunice Mergulhão

Contextualização da problemática

- Desenvolvimento da tecnologia médica no serviço a nível da cirurgia do fígado e do pâncreas - referência na área
- Aumento de doentes com tumores primários do fígado e pâncreas ou com metastização secundária a outros tumores
- Apresentam estadio avançado da doença
- Aumenta n° de doentes sem intervenção curativa passando a intervenção paliativa

Contextualização da problemática

- Doentes com situações complexas a nível das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, controlo de sintomatologia, adaptação á doença
- Comunicação de más notícias – Diagnóstico/ Prognóstico; Evolução da doença; Fase terminal
- Enfermeiros ——— Dificuldades na abordagem por falta formação, treino, competências, ou por desconhecer o que o doente sabe da sua situação
- Por medo da reação do doente, ou pelos seus próprios medos e insegurança

Contextualização da problemática

- O que fazer para melhorar este processo de comunicação?
- Quais as dificuldades do enfermeiro na comunicação de más notícias?
- E como reage o doente a estas notícias?

- *Qual o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias ao doente oncológico em cirurgia paliativa?*

Objetivo Geral

- Desenvolver na equipa de enfermagem a aquisição de capacidades comunicacionais na área da comunicação de más notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa

Objetivos Específicos

- ~ Identificar lacunas e dificuldades na equipa de enfermagem na comunicação de más notícias ao doente submetido a cirurgia paliativa.
- ~ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação de más notícias.
- ~ Promover o desenvolvimento de competências para capacitar a equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias.

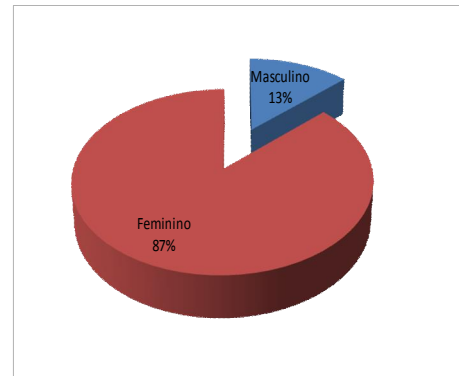
Apresentação dos Resultados

Diagnóstico da situação – aplicação de questionário de 16 a 23 de Janeiro de 2013

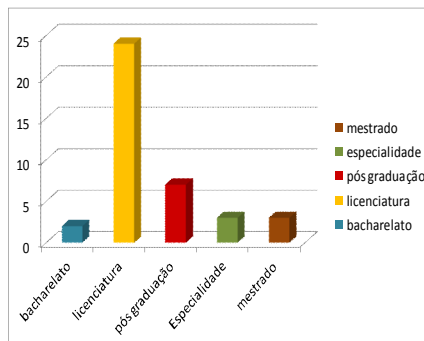
A finalidade:

- Perceber o conhecimento que o grupo tem sobre más notícias.
- Identificar o tipo de situação que o grupo experiencia para dar más notícias.
- Identificar o conhecimento que tem sobre estratégias adequadas à situação e as dificuldades que lhe estão associadas.
- Recolher a opinião do grupo sobre soluções a adotar no serviço.

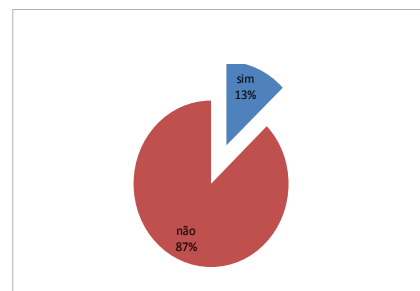
Distribuição dos Enfermeiros por Sexo



Distribuição dos Níveis de Escolaridade dos Enfermeiros



Formação em más notícias



Conhecimento do que são más notícias?

- ❖ Define o que é más notícias:
 - informações que muda a vida do doente com repercussão afetiva/psicológica.
- ❖ Dá exemplos de más notícias:
 - informação associadas a doença grave e morte

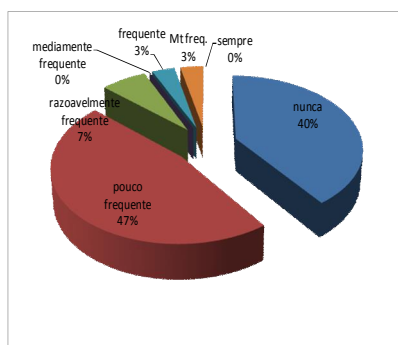
“Comunicação de más notícias é toda a informação que envolva mudança drástica e negativa na vida da pessoa”.

Buckman, 1994

“É ainda toda a noticia que afeta o domínio cognitivo, emocional, espiritual e comportamental e altera a dinâmica familiar”

Fallowfield & Jenkins, 2004

4- Frequência com que o enfermeiro é avisado pelo médico que vai ser feita uma comunicação de má notícia ao doente



Tipo de má notícia com que lidou ultimamente

- ✓ Óbitos (45,1%)
- ✓ Diagnóstico de neoplasia com mau prognóstico (22,5%)
- ✓ Inoperabilidade de tumor maligno (16,1%)
- ✓ Transição para a fase terminal (6,4%)
- ✓ Não ser operado no dia previsto (6,4%)
- ✓ Futilidade de tratamento (3,2%)

Sentimentos experienciados pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia

- ✓ Impotência (32,3%)
- ✓ Tristeza (20,5%)
- ✓ Constrangimento (8,8%)
- ✓ Frustração (8,8%)
- ✓ Angústia (8,8%)
- ✓ Compaixão (5,8%)

Sentimentos experienciados pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia

- ✓ Medo (2,9%)
- ✓ Preocupação (2,9%)
- ✓ Fracasso (2,9%)
- ✓ Pena (2,9%)
- ✓ Não específicas (2,9%)

Estratégias utilizadas pelo enfermeiro

- Escuta ativa (33,3%)
- Esclarecimento (21,4%)
- Presença (9,5%)
- Apoio emocional (9,5%)
- Toque terapêutico (7,1%)

Estratégias utilizadas pelo enfermeiro

- Honestidade (4,7%)
- Tornear a situação (4,7%)
- Local seguro (4,7%)
- Tom de voz (2,3%)
- Empatia (2,3%)

Dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando comunica uma má notícia

- ~ Comunicação (36,6%)
- ~ Controlar as suas emoções na situação (30%)
- ~ Apoio à família (10%)
- ~ Aceitar a não cura (10%)
- ~ Informação (3,3%)
- ~ Tempo (3,3%)
- ~ Reações (3,3%)
- ~ Sem dificuldades (3,3%)

Sugestões para melhorar as capacidades para comunicar uma má notícia

- Formação em comunicação de más notícias com treino (57,1%)
- Espaço reflexivo no serviço (23,8%)
- Uniformização de procedimentos (4,7%)
- Trabalho em equipa (14,2%)

Análise dos Resultados

- Necessidades de adquirir competências para comunicar de más notícias
- Desenvolver estratégias em equipa multidisciplinar para comunicar más notícias
- ~ Adquirir conhecimentos a nível relacional e do treino de técnicas de comunicação - protocolos Buckman

Buckman,2004;Phanfeu,2005;Pereira,2008; Sapeta, 2011

Análise dos Resultados

- Adquirir capacidades a nível emocional e afetivo:
 - saber ouvir, compreender o outro, congruência, empatia → *Relação de Ajuda*
 - Saber reconhecer as emoções em nós próprios a fim de gerir a relação entre pares através da comunicação interpessoal

Phanfeu,2005,Sapeta,2011;Pereira,2008

Implementação do Projeto

- Formação em serviço:
 - ~ Teórico – conhecimento científico sobre a temática
 - ~ Teórico-prático – Role Play (uma situação por equipa -5- situações da prática diária)
- Espaço Reflexivo - passagem de ocorrências (partilha de experiencias/sentimentos promover a tomada de decisão e a autonomia)

Implementação do Projeto

- Elaboração de norma:
 - como comunicar más notícias Protocolo de Buckman – Guia de SPIKES
- uniformização dos registos CIPE
- Avaliação Inicial:
 - Historia Atual da Doença:
Resumir o que o doente sabe, exprime e sente da sua situação

Implementação do Projeto

- Diagnóstico: Autocontrolo – Ansiedade/Medo – Ineficaz/ não eficaz
- **Intervenções:**
 - Encorajar a comunicação expressiva de emoções
 - Encorajar o autocontrolo- Ansiedade/Medo
 - Escutar a pessoa
 - Escutar o prestador de cuidados
 - Estabelecer relação com a pessoa
 - Estabelecer relação com o prestador de cuidados
 - Vigiar o autocontrolo- Ansiedade/Medo
 - Facilitar suporte familiar

Conclusão

- Adquirir competências, habilidades, capacidades e conhecimentos sobre comunicação de más notícias para melhorar da prática de cuidados da unidade do contexto de trabalho;
- Desempenhar um papel dinamizador, de suporte com uma função formativa e restaurativa na equipa com a finalidade de se implementar um projeto de qualidade (objetivo pessoal).

Bibliografia

- Buckman, R., (1994). *S'Asseoir Pour Parler- L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades- Guide du Professionnel de Santé*. Paris: Intereditons.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V., (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 24, 312-319.
- Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Farnasau.
- Pereira, M.A. (2005). *Má Notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (1), 33-37.
- Phaneuf, M., (2001). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.

Apêndice VII

Plano de Formação e Formação em Serviço

PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA: Comunicação de Más Notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa				Formadora: Eunice Mergulhão
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento de competências para capacitar a equipa de enfermagem para a comunicação de más notícias.				Formandos a que se destina: 34 Enfermeiros do serviço de cirurgia geral
Objetivos específicos:				Duração: 12 h
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar conceitos de comunicação de más notícias. - Conhecer as dificuldades que se colocam à comunicação de más notícias - Conhecer as estratégias para a comunicação eficaz de uma má notícia. - Compreender as vantagens da comunicação na criação de ambiente promotor da relação de ajuda. - Treinar a comunicação a nível técnico e emocional. - Refletir individualmente e em grupo sobre as situações apresentadas Role-play. 				Local: Serviço Cirurgia Geral de um hospital central
Etapas	Duração	Conteúdos	Recursos Materiais	Método
Formação teórica	2h cada sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos de comunicação de más notícias - Dificuldades na comunicação de má notícias - Estratégias para comunicar más notícias - Importância da relação de ajuda e da comunicação interpessoal na comunicação - Apresentação do protocolo de SPIKES 	Data show e computador	Expositivo e participativo Discussão em grupo
Formação teórica ó prática com role-play	2h cada sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento dos enfermeiros na elaboração do role-play - Análise de casos - Reflexão e discussão de situações reais - Treinar o uso de técnicas de comunicação 	Data show e computador	Expositivo e participativo Trabalho de grupo
Avaliação: -Avaliação da qualidade dos registos (auditorias)				
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da formação no desempenho dos enfermeiros - Observar a prática reflexiva como estratégia da equipa de enfermagem para melhorar a comunicação de más notícias (espaço reflexivo - passagem de ocorrências) 				

Comunicação de Más Notícias ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa

Eunice Mergulhão

Março 2013

Objetivo Geral:

- Desenvolver na equipa de enfermagem a aquisição de capacidades e conhecimentos comunicacionais em más notícias.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar conceitos de comunicação de más notícias.
- ✓ Promover estratégias para a comunicação eficaz de uma má notícia.
- ✓ Treinar o uso de técnicas de comunicação a nível técnico e emocional.
- ✓ Refletir individualmente e em grupo sobre as situações apresentadas Role-play

Más Notícias

- “em saúde incluem situações que constituem uma ameaça de vida, ao bem –estar pessoal, familiar e social”.
- “ associadas, a uma doença grave sem cura, geralmente oncológica e está quase sempre associada ao sofrimento e á morte”.
- “influenciadas por fatores relacionados com a própria doença, com o individuo a família e o contexto sócio/cultural.”

Pereira, 2008

O que são Más Notícias?

“Comunicação de más notícias é toda a informação que envolva mudança drástica e negativa na vida da pessoa”.

Buckman, 1994

“É ainda toda a notícia que afeta o domínio cognitivo, emocional, espiritual e comportamental e altera a dinâmica familiar”

Fallowfield & Jenkins, 2004

Dificuldades dos Profissionais na Comunicação de Más Notícias

- Zona cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde.
- Situações perturbadoras para quem recebe, como para quem transmite.
- Tarefa difícil para os profissionais - receios das reações emocionais e físicas dos doentes.
- Dificuldade em gerir a situação.
- Profissionais sentimento de inutilidade, medos, ansiedades, desconforto.

(Pereira, 2008)

Dificuldades do profissionais na Comunicação de Más Notícias

- Medos dos profissionais associados:
 - de ser culpado ou atribuírem-lhe responsabilidades.
 - expressar uma reação emocional do doente e família.
 - de não saber responder as todas as questões colocadas pelo doente/família.
 - Do desconhecido
 - pessoais acerca da doença e da morte.
 - de retirar a esperança ao doente e família.
 - Notícias associadas ao fracasso.

(Buckman, 1994)

Vantagens da Comunicação de Más Notícias

Correta informação:

- Ajuda as pessoas a enfrentar a sua nova situação.
- Reduz a ansiedade.
- Facilita o doente a envolver no seu processo de cuidar.

Deverá ser:

- ~ Realizada de forma realista.
- ~ Centrada no doente
- ~ Promovendo a autonomia e empowerment

(Leal, 2003; Pereira, 2008)

Comunicar Más Notícias

Desenvolvimento de competências:

- Comunicacionais
- Relacionais
- Técnicas

A relação é estabelecida e mantida através da interação e da comunicação

(Pereira, 2008)

Comunicar Más Notícias e Relação de Ajuda

- Enfermeiro desenvolve um conjunto de intervenções para satisfazer as necessidades a nível físico, emocional, espiritual e familiar ➡ relação de ajuda.
- Enfermeiro tem de adquirir ferramentas, habilidades, competências ➡ comunicação terapêutica.

A comunicação entre doente/enfermeiro estabelece-se através da:

- Desenvolvimento de habilidades comunicacionais que permitam desencadear as relações interpessoais.
- Relação de Ajuda.

(Costa, 2003; Pereira, 2008)

Comunicação interpessoal

“processo complexo que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos, sentimentos, emoções e relacionamentos”.

“exigindo ao enfermeiro a capacidade de falar e de escutar e partilhar”.

“o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e emocionais favorece o estabelecimento de relacionamentos interpessoais”.

(Costa, 2004; Phaneuf, 2005)

Comunicação interpessoal

- ✓ Conhecer o outro/compreender.
- ✓ Estar com o outro/estar presente.
- ✓ Fazer por/capacidade para decidir.
- ✓ Possibilitar/explicar, ajudar, promover a confiança.
- ✓ Manter a crença/ajudar acreditar nas suas possibilidades.

(Costa, 2003; Pereira, 2008)

Relação de Ajuda

- ~ promove a utilização funcional dos recursos internos e externos do doente.
- ~ enfermeiro utiliza a relação com ferramenta terapêutica.

- estabelecer e manter a relação com os doentes antes, durante e após a comunicação de uma má notícia.

(Costa, 2003)

Relação de ajuda

- Capacidade de clarificação (compreender/ajudar a exprimir as vivências).
 - Capacidade de se autorespeitar e respeitar os outros (nos comportamentos, gestos).
 - Capacidade de ser congruente consigo e como doente (viver e partilhar as emoções com metas realistas).
 - Capacidade de se empático (sensível os problemas do doente, capacidade de escuta).
 - Capacidade de se autoconfrontar (autoconhecimento)
- (Costa, 2003)

Como dar uma má notícia

“Não existe uma norma de comunicar uma má notícia, cada pessoa tem as suas particularidades e características, pelo que a atuação do profissional deve ser adaptada a cada caso”

“comunicar más notícias pode ser aprendido e treinado”

“as aptidões comunicacionais treinam-se”

(Pereira, 2008)

Técnicas de comunicação terapêutica

- Escuta
 - Silêncio
 - Orientação.
 - Comentários abertos.
 - Redução da distancia.
 - Consideração.
 - Recapitulação.
- (Riley, 2004)

Técnicas de comunicação terapêutica

- Reflexão.
 - Clarificação.
 - Validação.
 - Focalização.
 - Síntese.
 - Planificação.
- (Riley 2004)

Como dar uma má notícia

Modelo e guia orientador para a comunicação de más notícias - protocolo de Buckman (1994,2001) é composto por seis etapas designado de SPIKES:

- ✓ Setting - Preparar o ambiente
 - ✓ Perception - Perceber o que o doente sabe
 - ✓ Invitation - Convida ao diálogo
 - ✓ Knowledge- Dar a notícia
 - ✓ Emotions - Responder às emoções
 - ✓ Strategy and Sumary - Resumo e encerramento da entrevista
- (Baile, 2000; Buckman, 2001; Kaplan, 2010)

Como dar uma má notícia

Objetivos do protocolo de SPIKES:

- orientar o enfermeiro na recolher informação sobre o doente,
 - transmitir a informação ao doente,
 - proporcionar suporte ao doente e família,
 - promover a sua colaboração para o desenvolvimento do plano terapêutico futuro.
- (Buckman, 2001)

Como dar uma má notícia

- **S – setting up- preparar o ambiente correto:**
 - Recolher informação clínica importante (consultar processo clínico)
 - Preparação mental e emocional do enfermeiro.
 - Escolher local privado onde se possam sentar e seja possível manter privacidade, evitar interrupções.
 - Permitir a presença de pessoa significativa se o doente o desejar.

Como dar uma má notícia

- **P – Perception – Perceber o que o doente sabe:**
 - Averiguar o que o doente sabe da sua doença.
 - As respostas do doente dão informação do nível de compreensão da situação, o estilo de comunicação por ele preferido e do seu estado emocional.

Como dar uma má notícia

- **I - Invitation – Convida para o diálogo, saber o que o doente quer saber:**
 - Pesquisar se o doente quer ter conhecimento da sua situação.
 - Perceber se gosta de discutir pormenores da sua situação.
 - Deixar aberta a possibilidade para a informação de resultados menos positivos.

Como dar uma má notícia

- **K – knowledge- Dar a notícia:**
 - Dar um tiro de aviso que a notícia é má.
 - Verificar a reação do doente, para ver se é possível avançar com a informação mais detalhada.
 - Informar de forma gradual e com linguagem simples, sem frases longas.
 - Perceber se o doente compreendeu a informação dada.
 - Manter a esperança e fazer o doente entender que não está sozinho.

Como dar uma má notícia

- **E – Emotions – Responder às emoções do doente (medo e desgosto):**
 - Deixar o doente exprimir as suas emoções.
 - Respeitar o choro, e o silêncio.
 - Estabelecer relação de ajuda.
 - Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, receios e expectativas em relação ao futuro.
 - Falar verdade de forma calma e segura, sem termos técnicos.
 - Reforçar as informações importantes pela segunda vez.

Como dar uma má notícia

- **S – Strategy and Summary – Propor plano de acompanhamento e encerrar a entrevista:**
 - -Fornecer um plano de ação futura em conjunto com o doente.
 - -Manter meta realistas passíveis de ser atingidas.
 - -Disponibilizar ajuda ao doente.
 - -Encorajar o doente a colocar perguntas.
 - -Mostrar ao doente que estamos sempre perto e disponíveis para falar, ouvir e esclarece-lo.

Formação teórico-prática

- Formação – Role-play
- Acompanhamento dos enfermeiros das cinco equipas na elaboração do estudos de situação.
- Analisadas uma situação por equipa

Role-play e análise de situações

Descrição de situações

- Situação 1: Comunicação de falecimento à filha e sobrinha de doente de 50 anos falecido no turno da noite. A família não se apercebe que o doente faleceu, apesar do estado grave que se encontrava á vários dias. Medico e enfermeira informam a família que a situação se agravou muito e não foi possível reanimar o doente. A sobrinha apercebe-se da situação, mas a filha não perguntando constantemente se pode ir ver o pai. O que fazer?

Role-play e análise de situações

- Situação 2: Doente proposto para realizar apendicectomia, intraoperatório detetado tumor do colon extenso com necrose, realizando-se uma colostomia não prevista. Doente regressou do bloco, queixoso a nível abdominal e ansioso com o fato de sentir no abdómen o que lhe parece um saco e que o incomoda. Pergunta constantemente se é ou não um saco. A enfermeira tenta acalmar o doente referindo que já lhe está a dar medicação para a dor, não lhe confirma se o doente tem ou não uma colostomia. Que estratégias se deve adotar ?

Role-play e análise de situações

- Situação 3: Homem de 50 anos com tumor do pâncreas, em fase agónica. Está acompanhado da esposa que chora em silêncio, a enfermeira tentar confortá-la mas faltam-lhe as palavras certas não sabe o que fazer e dizer.

Role-play e análise de situações

- Situação 4: Doente colostomizada no serviço por tumor do reto. Refere não conseguir cuidar sozinha da ostomia sentindo ainda necessidade de supervisão por parte da enfermeira. É informada da alta para dali a um ou dois dias, o que lhe causa muita ansiedade, choro e angustia, encara esta situação com uma das piores notícias que lhe deram, pois vive só e tem pouco apoio familiar. Comunicar com esta doente?

Role-play e análise de situações

- Situação 5: Durante a visita médica doente de 60 anos é informada que o tumor do fígado é inoperável, que a doença é incurável e que possivelmente a quimioterapia também não será eficaz. Doente chora convulsivamente, interrogando porque lhe tinha de acontecer esta desgraça, procura a enfermeira para refletir sobre a sua situação. Como comunicar e qual a atuação da enfermeira?

Conclusão

- A forma como a comunicação de uma má notícia é dada é fundamental para o estabelecimento da relação enfermeiro/doente.
- Comunicar implica uma partilha da pessoa cuidada e do profissional de saúde.
- A utilização de protocolos são facilitadores para sistematizar a atuação do profissional de saúde e conhecer o doente.
- O treino em técnicas comunicacionais é fundamental para se adquirir competências e habilidades comunicacionais.

Bibliografia

- Baile, W., et al (2000) Spikes-Um protocolo em seis etapas para transmitir más notícias: Aplicação ao paciente com cancer. *The Oncologist*, 5:302-311.
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2000). *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Buckman, R., (1994). *S'Asseoir Pour Parler- L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades- Guide du Professionnel de Santé*. Paris: Intereiditions.
- Buckman, R., (2001). *Communication Skills in palliative care A practical guide*. Neurologic Clinics, Vol 19.
- Costa, A., (2004). *Relação enfermeira - doente*. In: Neves, M.; & Pacheco, S. (Coords). *Para uma Ética da Enfermagem- Desafios* (p.63-79). Coimbra: G.C.- Gráfica de Coimbra 2, Lda.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V., (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 24, 312-319.
- Leal, F., (2003). *Transmitir de más notícias*. *Revista Portugal clinica geral*, 40-43.
- - Riley, J., (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- - Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Farmasau.
- - Pereira, M. A. (2005). *Má Notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (1), 33-37.
- Kaplan, M., (2010). *Spikes: A Framework for breaking bad news to patients with cancer*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4:514-516.

Apêndice VIII

Norma de Procedimentos para Uniformizar a Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico Submetido a Cirurgia Paliativa

Aprovado em:	Norma:	Nº
Ultima revisão:	Norma de procedimentos para uniformizar a comunicação de más noticia ao doente oncológico submetido a cirurgia paliativa	
A rever em:	Enfermeira Chefe	

I - Definição

Comunicação de más notícias é toda a informação que envolve mudança drástica e negativa na vida da pessoa. É ainda toda a notícia que afeta o domínio cognitivo, emocional, espiritual e comportamental e altera a dinâmica familiar.

Existindo um conjunto de intervenções que o enfermeiro pode realizar para ajudar o doente a superar esta fase da sua vida, através do estabelecimento da relação de ajuda, e satisfazendo as suas necessidades a nível físico, emocional, espiritual e familiar de forma a estabelecer uma comunicação terapêutica.

Necessitando o enfermeiro para realizar esta intervenção de adquirir ferramentas, habilidades e competências que o ajudem a estabelecer uma comunicação terapêutica.

II ó Objetivos

- × Uniformizar a atuação do enfermeiro.
- × Cuidar do doente e família promovendo um ambiente terapêutico e seguro através da comunicação.
- × Orientar o enfermeiro para a comunicação de más notícias.

III - Informações Gerais

1. Quem executa

- × O enfermeiro

2. Horário

- História da doença atual; (sem horário)
- encorajar a comunicação expressiva de emoções (sem horário)
- encorajar o Autocontrolo- Ansiedade/ Medo (sem horário)
- escutar a pessoa (sem horário)
- envolver o prestador de cuidados (manhã e tarde)
- escutar o prestador de cuidados (manhã e tarde)

- estabelecer relação com a pessoa (sem horário)
- estabelecer relação com o prestador de cuidados (manhã e tarde)
- facilitar o suporte familiar (manhã e tarde)
- vigiar o Autocontrolo-Ansiedade/Medo (sem horário)

3.Orientações quanto a execução

No momento do acolhimento o enfermeiro deve procurar saber qual o conhecimento que o doente tem da sua situação de doença (no caso de doentes com doença oncológica). Durante todo o internamento e sempre que o doente e família seja informados de uma comunicação de más notícias.

IV ó Material e Equipamento

Espaço privado, cadeiras; mesa ou cama

V - Procedimento

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>Guia de Spikes (6 passos para ajudar o enfermeiro na transmissão de uma má notícia)</p> <p>S ó Setting up- preparar o ambiente correto:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recolher informação clinica importante (consultar processo clinico) -Preparação mental e emocional do enfermeiro. -Escolher local privado onde se possam sentar e seja possível manter privacidade, evitar interrupções. -Permitir a presença de pessoa significativa se o doente o desejar. <p>P ó Perception ó Perceber o que o doente sabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Averiguar o que o doente sabe da sua doença. - As respostas do doente dão informação do nível de compreensão da situação, o estilo de comunicação por ele preferido e do seu estado emocional. <p>I - Invitation ó Convida para o diálogo, saber o que o doente quer saber:</p>	<p>Guia orientador que habilita o enfermeiro a recolher informação sobre o doente, transmite a informação, proporciona suporte ao doente e família e promove a sua colaboração para o desenvolvimento do plano terapêutico futuro.</p> <p>Instrumento que ajuda a perceber quais as competências, habilidades e estratégias que são necessárias mobilizarem para realizar uma comunicação eficaz</p>

<p>-Pesquisar se o doente quer ter conhecimento da sua situação.</p> <p>-Perceber se gosta de discutir pormenores da sua situação.</p> <p>-Deixar aberta a possibilidade para a informação de resultados menos positivos.</p> <p>K ó knowledge- Dar a notícia:</p> <p>- Dar um tiro de aviso que a notícia é má.</p> <p>- Verificar a reação do doente, para ver se é possível avançar com a informação mais detalhada.</p> <p>-Informar de forma gradual, com linguagem simples, sem frases longas.</p> <p>-Perceber se o doente compreendeu a informação dada.</p> <p>-Manter a esperança e fazer o doente entender que não está sozinho.</p> <p>E ó Emotions ó Responder às emoções do doente (medo/ desgosto):</p> <p>- Deixar o doente exprimir as suas emoções.</p> <p>- Respeitar o choro, e o silêncio.</p> <p>- Estabelecer relação de ajuda.</p> <p>-Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, receios e expetativas em relação ao futuro.</p> <p>- Falar verdade de forma calma e segura, sem termos técnicos.</p> <p>- Reforçar as informações importantes pela segunda vez.</p> <p>S ó Strategy and Summary ó Propor plano de acompanhamento e encerrar a entrevista:</p> <p>-Fornecer um plano de ação futura em conjunto com o doente.</p> <p>-Manter meta realistas passíveis de ser atingidas.</p> <p>-Disponibilizar ajuda ao doente.</p> <p>-Encorajar o doente a colocar perguntas.</p> <p>-Mostrar ao doente que estamos sempre perto e disponíveis para falar, ouvir e esclarece-lo.</p>	
--	--

<p>Uniformização de registos</p> <p><u><i>Avaliação Inicial</i></u> ó Historia atual da doença</p> <p><u><i>Diagnóstico: Autocontrolo ó Ansiedade/Medo ó Ineficaz/não Ineficaz</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> -encorajar a comunicação expressiva de emoções -encorajar o autocontrolo ó Ansiedade/Medo -escutar a pessoa -escutar o prestador de cuidados -estabelecer relação com a pessoa -estabelecer relação com o prestador de cuidados -envolver o prestador de cuidados -facilitar o suporte familiar -vigiar o autocontrolo-Ansiedade/Medo 	<p>Permite a continuidade de cuidados e saber qual a informação que o doente e família sabe da sua situação, o que quer saber e o que compreendeu da informação dada.</p>
<p>Espaço Reflexivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passagens de ocorrências -Perante uma situação reunir com os outros pares em contexto de trabalho e refletir das decisões a tomar/partilha da tomada de decisão 	<p>Espaço Reflexivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passagens de ocorrências -Perante uma situação reunir com os outros pares em contexto de trabalho e refletir das decisões a tomar/partilha da tomada de decisão.

VI- Registos

Os registos são efetuados na avaliação inicial nas seguintes intervenções: **História atual**

Os registos são efetuados no plano de cuidados no diagnóstico autocontrolo ansiedade, nas seguintes intervenções:

- encorajar a comunicação expressiva de emoções
- encorajar o autocontrolo ó Ansiedade/Medo
- escutar a pessoa;
- escutar o prestador de cuidados
- envolver o prestador de cuidados;

- facilitar o suporte familiar
- estabelecer relação com a pessoa
- estabelecer relação com o prestador de cuidados
- vigiar o autocontrolo-Ansiedade/Medo.

Bibliografia:

- Buckman, R., (1994). *S'Asseoir Pour Parler- L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades- Guide du Professionnel de Santé*. Paris: Intereditons.
- Buckman, R., (2001). Communication Skills in palliative care A practical guide. *Neurologic Clinics*. Vol 19, 4.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V., (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 24, 312-319.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Farmasau.

Apêndice IX

Folha de Auditorias

Folha de registo de auditorias

Apoio	Intervenções de Enfermagem	Total de Processos	Com especificação	Especificação Insf	S/especificação
DI Autocontrolo Ansiedade	Encorajar o autocontrolo - Ansiedade				
	Vigiar o autocontrolo - Ansiedade				
	Encorajar a comunicação expressiva e emoções				
	Escutar a pessoa				
	Envolver o prestador de cuidados				
	Escutar o prestador de cuidados				
	Estabelecer relação com a pessoa				
	Estabelecer relação com o prestador de cuidados				
	Facilitar o suporte familiar				
D II Autocontrolo Medo	Encorajar o autocontrolo - Medo				
	Vigiar o autocontrolo - Medo				
	Encorajar a comunicação expressiva e emoções				
	Escutar a pessoa				
	Envolver o prestador de cuidados				
	Escutar o prestador de cuidados				
	Estabelecer relação com a pessoa				
	Estabelecer relação com o prestador de cuidados				
	Facilitar o suporte familiar				

