



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Oncologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Comunicação de más notícias ao Doente
oncológico/Família em contexto hospitalar/UCI**

Maria do Rosário Silva Grosso Coelho

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Oncologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Comunicação de más notícias ao Doente
oncológico/Família em contexto hospitalar/UCI**

Maria do Rosário Silva Grosso Coelho

Orientador: Professora Antónia Maria Espadinha

2012





“ Cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida...”

Collière

*À professora Espadinha por tudo o que me ensinou, pela paciência e
compreensão...*

*Aos meus pais pelos momentos em que não pude estar presente...À mana e
a todos os que me mimaram e apoiaram...*

Ao Fernando pelo amor, ajuda e incentivo infinitos...

Ao João, querido filho, por seres assim...

RESUMO

Comunicar é um processo complexo que se depara com uma enorme quantidade de obstáculos, depende das características dos intervenientes, história de vida, crenças. Todos estes aspectos reflectem-se em distintas formas de comunicar e apreender a informação.

A comunicação em saúde é uma das ferramentas essenciais para a informação do doente e sua família.

Para além dos aspectos éticos e legais que rodeiam a informação a dar ao doente/família é importante ter em conta que muitas vezes essa informação pode constituir má notícia em contexto da UCI.

A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde. Assim, é imprescindível o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais para que numa lógica de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, se atinja a excelência nesta área do cuidar.

Para dar resposta a esta problemática encetei um percurso formativo com o objectivo de desenvolver competências técnicas e científicas na área das estratégias da comunicação de más notícias ao Doente oncológico/Família em contexto hospitalar/UCI.

Este documento traduz as aprendizagens efectuadas no último semestre, através da realização de estágios de natureza profissional, numa Unidade de tratamento do doente oncológico-internamento, num serviço de Cirurgia e num serviço de Neurocirurgia-UCI; prestação de cuidados diferenciados; observação; escuta activa; pesquisa bibliográfica e reflexão estruturada.

Estas actividades permitiram-me obter ferramentas para operacionalizar um projecto de carácter interventivo nesta área problemática, no serviço onde presto cuidados. Efectuei uma sondagem de opinião através de um questionário para identificar as percepções e vivências dos enfermeiros relativamente à comunicação de más notícias. Posteriormente, com base nos resultados obtidos, elaborei e apresentei um plano de formação contínua para dotar a equipa de enfermagem com estratégias de comunicação de más notícias.

Palavras-chave: comunicação; más notícias; doente oncológico/família; UCI

ABSTRACT

Communicating is a complex process that faces an enormous quantity of obstacles, depending on the characteristics of its participants, their life story, beliefs. All these aspects reflect in distant forms of communication and apprehension of information.

Health communication is one of the essential tools for the patient and his family's information.

Apart from its ethical and legal aspects that surround the patient and his family, giving them information, keep in mind that most of times that information may result in the construction of bad news on behalf of the ICU.

Giving bad news is one of the most difficult tasks that a health's professional has to go through. This way it's very important that the development of relational and communicational competence has a well thought out logic that insures continuous results and achieves excellence in the care area.

To resolve this troublesome matter I followed a formative journey with the objective of developing technical and scientific competence in the area of the strategical communication of bad news to the oncological patient/family in the hospitalist/ICU context.

This document shows the learning's made in the final semester throughout the realization of professional courses in an Oncological-Intern Patient Care Unit, a Surgical Service and an ICU-Neurosurgical Service; differential care; observation; active listening; bibliographical research and structured reflection.

These activities allowed me to obtain tools to operate a project of interventional character in this troublesome area, in the service where I care. I made an opinion poll throughout a survey to identify the perceptions and experiences of the nurses relatively to the communication of bad news. After a while, based on the obtained results, I made and presented a planning of continuous formation to bless the team with strategies of bad news communication.

Key words: communication; bad news; oncologic patient/family; ICU

ÍNDICE

	Introdução	11
	Competências e objectivos	17
1	Enquadramento conceptual	20
1.1	Comunicação	21
1.2	Definição de má notícia/ Comunicação de má notícia	23
1.3	Doente oncológico/família na UCI	25
2	Percurso realizado – O desafio de alcançar a Perícia...	29
2.1	Ponto de partida – Os locais de estágio	29
2.2	Unidade de tratamento do doente oncológico- Internamento	31
2.2.1	Objectivos e actividades desenvolvidas	31
2.2.2	Breve caracterização do serviço	31
2.2.3	Caracterização da equipa multidisciplinar	32
2.2.4	As experiências vividas e partilhadas...	33
2.2.5	Aquisição de competências para a comunicação com o doente oncológico em isolamento	36
2.3	Um Serviço de Cirurgia - Internamento	39
2.3.1	Objectivos e actividades desenvolvidas	39
2.3.2	Um campo de estágio estruturante (para adquirir a perícia...)	40
2.3.3	Da consulta de diagnóstico até à alta clinica - doente com patologia mamária	41

2.4	Serviço de Neurocirurgia - UCI	44
2.4.1	Primeira fase da intervenção	45
2.4.2	Segunda fase da intervenção: diagnóstico de situação	45
2.4.3	Apresentação dos dados do diagnóstico de situação à equipa	52
2.4.4	O que resultou da intervenção	53
2.5	Questões éticas na comunicação de más notícias	55
3	O Percurso no futuro	57
4	Implicações práticas	59
	Bibliografia	61
	Apêndices	64
Apêndice A	Cronograma dos locais de Estágio	65
Apêndice B	Carta aberta	67
	Escuta activa – O que senti	
	Escuta activa – Frases que tocam...	
Apêndice C	Reflexão nº1	72
Apêndice D	Reflexão nº2	81
Apêndice E	Questionário - diagnóstico de situação	90
Apêndice F	Cartaz de divulgação da Formação em serviço	95
Apêndice G	Plano da sessão de formação	97
Apêndice H	Reflexão nº 3	99
Apêndice I	Diapositivos da sessão de formação	105
	Anexos	112
Anexo 1	Avaliação dos Estágios	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1	- Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros segundo a idade	46
Gráfico nº2	- Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com o género	47
Gráfico nº3	- Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros quanto ao grau académico	47
Gráfico nº4	- Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com a experiência profissional	48
Gráfico nº5	- Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço na NC - UCI	48

LISTA DE SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

AVD – Actividades de Vida Diária

EONS – European Oncology Nursing Society

NC-UCI – Neurocirurgia - Unidade de Cuidados Intensivos

TCE – Traumatismo Craneoencefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma ferramenta essencial para todas as intervenções de enfermagem que têm por base uma relação de ajuda.

Cabe ao enfermeiro estar desperto para todas as necessidades das pessoas de que cuida e dar respostas adequadas.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão junto dos doentes vinte e quatro horas por dia. Ao longo deste tempo há que definir muitas estratégias de comunicação entre Doente/família/enfermeiro para que a satisfação das necessidades destes intervenientes seja uma realidade.

Phaneuf (2005, p.13) diz-nos que a “relação de ajuda exige em primeiro lugar da enfermeira uma tomada de consciência dos seus modos de comunicação...e desenvolver certos comportamentos privilegiados e de se actualizar enquanto ser humano”.

A prestação de cuidados de enfermagem está inserida e vive de um encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam. Segundo Hesbeen (2000) daqui nasce a relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente/família/comunidade que pressupõe uma acção de reciprocidade, favorecendo o estabelecimento de meios de comunicação verbal e não-verbal, fundamentais para a devida resposta às necessidades individuais, conduzindo à sua eficácia.

Também Henderson (2007, p.56) nos diz que “a enfermeira tem a responsabilidade de ajudar o doente a manter e desenvolver formas satisfatórias de expressar as suas necessidades, interesses e desejos”.

Comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso perceber, escutar e ouvir o outro. “ Comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se em relação consigo próprio” Portelance (1994, como citado em Phaneuf, 2005, p.22).

Segundo Henderson (2007, pp.54,55) ”as enfermeiras ajudam as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação... Ajudam os doentes a compreenderem-se a si próprios... e a aceitarem o que não pode ser mudado”. A comunicação pode ser algo muito complexo e exige perícia, sobretudo quando a informação a

transmitir se perspectiva desagradável ou susceptível de causar sofrimento no outro.

A informação clínica e a informação de enfermagem em contexto de UCI, local onde presto cuidados, é muitas vezes alvo de controvérsias pelo perigo de cada profissional interferir na autonomia do outro. Embora os enfermeiros não possam fornecer dados relativos ao diagnóstico médico, devem informar as famílias acerca de actos e intervenções de enfermagem.

No internamento hospitalar nomeadamente em Cuidados Intensivos a comunicação de informação sobre a situação clínica do doente reveste-se da maior importância pois frequentemente significa má notícia. Isto porque o doente internado em cuidados intensivos é um doente que corre risco de vida e é submetido a variadíssimas técnicas invasivas em contexto de intensivismo. Para este doente existe uma fronteira muito ténue entre a vida e a morte.

Mas o que é uma má notícia?

Segundo Lizarra (2007, como citado em Lotra, 2007, p.10) má notícia é um tipo de informação que produz uma mudança negativa na perspectiva e expectativas do doente acerca do seu presente e/ou futuro, afectando três domínios da pessoa que a recebe: o cognitivo, o emocional e o comportamental.

As más notícias são recebidas de forma diferente por cada pessoa, tendo em conta a individualidade de cada um, há um carácter subjectivo na forma de entender uma má notícia, depende da experiência de vida, personalidade, crenças espirituais, suporte emocional e social.

Ser pouco hábil no momento de dar uma má notícia pode gerar sofrimento desnecessário à pessoa que a recebe e provocar danos na relação profissional de saúde/doente. Saber lidar com a má notícia diminui o impacto emocional no doente e o nível de ansiedade dos profissionais. (Ayarra e Lizarraga, 2009).

Por vezes há a tendência dos profissionais de saúde e de cada um de nós, de vermos as coisas de acordo com os nossos valores e crenças...Mas, o que é má notícia para um, pode não se revestir desse carácter para o outro, dependendo também da fase de vida em que se encontra. Há doenças progressivamente incapacitantes, sem perspectiva de cura, como as doenças degenerativas e as demências que vão afectar o futuro do doente e da sua

família de forma muito grave e para sempre. Ao dizer “o seu pai tem Alzheimer”, certamente estarei a dar uma má notícia àquela pessoa. A má notícia por excelência está relacionada com o prognóstico de vida muito curto ou quando, por exemplo, temos que informar os pais de que o seu jovem filho perdeu a vida num trágico acidente de viação. Mas a forma de reagir, sentir, adaptar-se a estas informações depende muito da individualidade, história de vida de cada pessoa.

Sou enfermeira há 28 anos. Presto cuidados numa UCI de doentes do foro da Neurocirurgia/Neurotraumatologia há 18 anos. A minha experiência em comunicação de más notícias situa-se essencialmente ao nível das famílias de doentes em morte cerebral e dos doentes do foro oncológico por tumor cerebral, submetidos a cirurgia (craniotomia). Estes doentes ficam amiúde com sequelas neurológicas. À informação de que tem um tumor junta-se a de que ficou com sequelas que afectarão a sua vida de relação para sempre – dupla má notícia.

Neste contexto, no serviço onde presto cuidados existem duas realidades: o doente com tumor cerebral com prognóstico reservado e o doente em morte cerebral...

O doente neurocirúrgico é acolhido na UCI no Pós-operatório imediato da cirurgia cerebral por tumor e permanece na unidade 24/48 horas, entubado endotraquealmente, ventilado e sedoanalgesiado, para poder recuperar a homeostasia intracerebral.

Muitas vezes é no intra-operatório que o médico tem acesso a informação mais consistente sobre o tipo de tumor e o seu estadiamento. Um dos casos mais graves é o glioblastoma de elevado grau.

Nestes casos como o doente se encontra em coma induzido, a má notícia é dada à família e não ao doente oncológico.

No cenário do doente em morte cerebral (do foro neurocirúrgico/neurotraumatologia) naturalmente a má notícia é dada à família. Neste momento (e desde há 14 anos) desempenho funções de responsável da UCI, tenho responsabilidades na gestão dos recursos humanos e materiais, na sua operacionalização, na supervisão, apoio e ensino à equipa de enfermagem.

Desta forma, habitualmente sou referenciada como a enfermeira de suporte nos momentos de dar a má notícia.

Frequentemente a informação / má notícia é dada por mim e pelo médico responsável pela Unidade. Sinto assim a necessidade de alterar o meu conhecimento que é empírico e apenas baseado na minha experiência.

Desejo procurar e aprofundar o conhecimento científico, vivenciar outras experiências, ver e reflectir sobre outras realidades, observar o enfermeiro competente noutros contextos, ver o que faz e como deve ser feita a comunicação de más notícias.

Esta necessidade de conhecimento e preparação teórico-prática é sentida também pela minha equipa de trabalho, uma vez que todos os dias somos confrontados com dificuldades nos momentos de comunicar más notícias.

Sinto que procuram constantemente apoio e suporte na minha pessoa. Visto que o meu conhecimento é até agora empírico nestas matérias é importante para mim adquirir competências teóricas e práticas, porque como Enfermeira Especialista poderei ajudar a equipa de forma mais consistente e informada.

Quero conhecer o doente oncológico acordado, consciente, que me fale de si, dos seus medos, dúvidas e sentimentos. Quero conhecer a pessoa do doente oncológico, para poder ajudar de forma mais abrangente e eficaz essa pessoa e a sua família.

A importância de aliar a teoria à prática pode ser sustentada na filosofia de Benner (2001, pp.61, 68) que nos diz que “os domínios e as competências em matéria de cuidados de enfermagem...são uma mistura entre teoria e a experiência...a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, ... a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.”

Segundo Dias (2005) a doença oncológica, ao assumir o estatuto de doença crónica, inscreve-se no quadro das patologias dominantes das sociedades de hoje.

O doente oncológico normalmente visto como “pessoa com a vida a prazo” torna mais dramática a questão de dar más notícias. Devemos informar o doente da sua patologia e do seu prognóstico? Segundo Dias (2005, p.58) a informação converteu-se no mecanismo através do qual o doente adquire status de pessoa com capacidade de decisão...É também um direito do doente

e um dever dos profissionais de saúde na sua prática diária conceder informação ao doente e família. A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consagrada na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) diz que os doentes têm direito à informação sobre a situação de saúde que estão a viver e que “esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”.

Aliás, Dias (2005, p.49) refere que “ a informação ambígua ou com elevado grau de incerteza parece ter consequências mais negativas que a informação completa ou a sua ausência total “.

Também o Código Deontológico do Enfermeiro refere no seu artigo nº 84 que “o enfermeiro assume o dever de informar o doente e família no que respeita aos cuidados de enfermagem.”

O desejo de desenvolver competências comunicacionais prende-se com o facto de estas competências serem uma exigência diária na minha prática. A comunicação como competência é fundamental para a profissão de enfermagem (Peres et al, 2006, como citado em Lotra, 2007, p.13).

Aliado ao Saber Ser e Estar tem que estar o Saber Saber nesta área nobre do Cuidar, que nesta altura do meu percurso profissional me propus desenvolver. Por isso encontro-me a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção em Enfermagem Oncológica, sendo um dos meus objectivos principais o de vir a adquirir competências de enfermeira especialista nesta área de cuidados. Os conhecimentos teóricos e práticos que fui adquirindo ao longo dos primeiros semestres deste curso permitiram-me desenvolver e consolidar conhecimento científico na área específica dos cuidados ao doente oncológico e sua família. Agora no terceiro semestre terei que desenvolver essencialmente conhecimento teórico-prático, nos locais de estágio, sobre a problemática para a qual me proponho encontrar resposta e aplicar esses conhecimentos de acordo com o perfil de enfermeira especialista no futuro.

É da prática que nasce o desenvolvimento de competências, pois como nos diz Benner (2001, p.43) “as competências...referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”.

Após reflexão sobre as minhas dificuldades e as da equipa com quem trabalho na UCI proponho desenvolver um projecto de intervenção no serviço sobre a área problemática da *“Comunicação de más notícias ao doente oncológico e sua família em contexto hospitalar/UCI”*.

Para dar rumo ao meu percurso formativo escolhi como norteador o Perfil do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros e o Core Curriculum da European Oncology (EONS).

A definição de Enfermeiro Especialista proposta pela Ordem dos Enfermeiros (2009, p.10) diz-nos que o Enfermeiro Especialista é um “ profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Os cuidados ao doente oncológico, que como nos diz Justo (2002, como citado em Dias, 2002, p.68) “sofre de uma doença por assim dizer incompatível com a vida”, revestem-se de grande especificidade que requer do enfermeiro muitos conhecimentos, atenção e empenho.

Foi esta constatação que me levou a adoptar a filosofia educativa traçada no Core Curriculum da EONS (2005,pp.9-10) onde é mencionado que “os enfermeiros de oncologia devem ser capazes de criar um ambiente terapêutico em que seja possível aos doentes e familiares expressarem as suas necessidades...devem ser responsáveis pela sua prática...e conhecer os limites dos seus conhecimentos...Devem estar conscientes do seu papel na Equipa multidisciplinar e sentirem-se seguros e competentes para exercer a sua actividade em colaboração com todos os membros da equipa...devem saber demonstrar a todos o valor terapêutico da Enfermagem”.

A importância de conhecermos os nossos limites como técnicos e como pessoas é essencial para nos encaminhar na procura de formas de colmatar necessidades e dificuldades, tendo sempre no horizonte a melhoria da qualidade do Cuidado ao Outro. Espero que o percurso que escolhi me conduza até à autonomia, ao saber, realização pessoal e profissional como Enfermeira Especialista.

Ainda relativamente à área problemática escolhi para conceptualizar o problema a filosofia de Marie-Françoise Collière (2003, p.29) que nos diz que “Cuidar é aprender com o outro, que eu construo tanto quanto ele me constrói a mim, numa reciprocidade de desenvolvimento de capacidades de vida”.

O meu percurso formativo para atingir a perícia, será sustentado na filosofia de Patricia Benner (2001, p.61) que nos diz “quando as peritas descrevem situações clinicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos seus conhecimentos decorrente da prática torna-se visível...é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis”. Sendo assim, o meu percurso de acordo com a sua filosofia terá que ser constante e construtivo. E é na prática que se constrói a perita.

Após pesquisa bibliográfica e relativamente às estratégias de comunicação de más notícias sustentei-me em Buckman (1992) e no seu protocolo de seis etapas (SPIKES) para a comunicação de más notícias.

Competências e objectivos

Para atingir o nível de Perita em cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da comunicação das más notícias ao doente oncológico e sua família, proponho desenvolver as competências que me permitam ser um profissional que:

- Age como perita na prestação de cuidados ao doente oncológico e sua família nas várias fases da sua doença;
- Age como perita na transmissão de más notícias ao doente oncológico e sua família nas várias fases da sua doença num contexto hospitalar/UCI;
- Age como dinamizadora da equipa de enfermagem na comunicação de más notícias numa cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Para atingir estas competências delineei os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Desenvolver competências técnicas e científicas na área das estratégias da comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI

Objectivos específicos:

- Identificar o tipo de más notícias que compete ao enfermeiro transmitir ao doente oncológico e sua família
- Aprofundar conhecimentos sobre as estratégias para a comunicação de más notícias ao doente oncológico e sua família
- Implementar as estratégias identificadas para comunicar más notícias de forma eficaz na prática diária, no seio da equipa de enfermagem

No final deste percurso formativo pretendo ser enfermeira perita capaz de comunicar más notícias de forma segura e eficaz à pessoa com doença oncológica e sua família, utilizando as estratégias correctas e os conhecimentos científicos adquiridos. Devido ao impacto, conotação negativa da doença oncológica é sempre mais difícil a comunicação de informação nesta área de cuidados.

Para atingir as competências que delineei seleccionei campos de estágio a fim de obter conhecimento teórico-prático sobre *“Comunicação de más notícias ao doente oncológico/família em contexto hospitalar/UCI”*. Contemplando as vertentes Enfermaria e UCI propus os seguintes locais de estágio:

- Um hospital da especialidade de oncologia de Lisboa – Unidade de tratamento do doente oncológico - Internamento
- Um hospital central de Lisboa – Serviço de Cirurgia - Internamento
- Um hospital central de Lisboa – Neurocirurgia-UCI

Com a realização dos estágios procurei adquirir conhecimentos na área da comunicação de más notícias para que num futuro próximo, como enfermeira especialista, venha a ter competências para dinamizar a equipa de enfermagem nesta área nobre do cuidar no âmbito da melhoria contínua dos cuidados e também poder influenciar o desempenho de toda a equipa multidisciplinar do serviço onde exerço funções.

Relativamente aos estágios, tendo em conta o desenvolvimento de competências para atingir a perícia, delineei objectivos específicos para cada local, que são enunciados no capítulo que contempla a descrição dos locais de estágio.

Os estágios decorreram no período de 03 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012, conforme cronograma em apêndice (Apêndice A).

Este trabalho encontra-se estruturado em 4 capítulos. De forma sequencial após esquematizar a área problemática, competências e objectivos, apresenta no primeiro capítulo o enquadramento conceptual, no segundo capítulo o percurso realizado com a descrição das aprendizagens consolidadas e reflexões efectuadas, no terceiro capítulo o percurso no futuro e no quarto capítulo tornam-se visíveis as implicações para a prática.

1 – Enquadramento conceptual

Hoje em dia e apesar dos avanços tecnológicos, a comunicação verbal e não-verbal continua a ser indispensável para a relação entre as pessoas e mais especificamente entre enfermeiro/doente/família. Aspectos como a empatia, compreensão, ajuda, são indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e um ambiente de conforto emocional para que se possa comunicar com segurança uma má notícia ao Doente/ Família.

Segundo Collière (1999) o alvo dos cuidados de enfermagem não é apenas o doente, mas também toda a família na qual o mesmo se insere, pois toda a prestação de cuidados é direccionada à pessoa inserida num meio marcado por laços simbólicos, devendo o enfermeiro ter em conta aquilo que as pessoas vivem, o contexto onde vivem e as capacidades e recursos de cada um.

No caso de um doente internado numa UCI, em condições precárias de vida, ainda segundo Collière (1999), existem um conjunto de alterações na estabilidade da unidade familiar que justificam sempre uma intervenção cuidada, direccionada à família assustada pela ameaça de morte do seu ente querido. Cuidar estas famílias, ajudar a encontrar a estabilidade emocional, gerir a instabilidade, a perda, é um desafio constante para os enfermeiros de Cuidados Intensivos.

Collière (1999, p. 235) define o cuidar como um acto de vida cuja finalidade é sustentar a vida, permitir a sua continuidade, promovendo o seu desenvolvimento, lutando contra a morte. Manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à mesma. A enfermeira deve intervir procurando mobilizar as capacidades das pessoas e das que a envolvem, a família, na qual se insere.

Segundo Collière (1999, p.127) para além do domínio da técnica a enfermeira tem que se esforçar por “manter com os doentes relações interpessoais de natureza diferente das que decorrem das tarefas impostas”. Perceber as necessidades, as preocupações do doente e família é uma constante dos cuidados de enfermagem.

Esta competência da enfermeira encontra-se descrita na alínea a) do Artº89-da humanização de cuidados do Código Deontológico do Enfermeiro: o

enfermeiro deve “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade”.

Também Hesbeen (2000) nos diz que a relação interpessoal entre enfermeiro e doente/família/comunidade pressupõe uma acção de reciprocidade, favorecendo o estabelecimento de meios de comunicação verbal e não-verbal, fundamental para dar resposta às necessidades individuais e recíprocas (intelectuais, afectivas, morais e sociais) conduzindo à sua eficácia.

O enfermeiro tem que encontrar a melhor forma de comunicação, adaptada às necessidades específicas de cada doente/família, devendo adquirir competências para o efeito.

Como nos diz Alarcão (2001, p.55) “um enfermeiro é um profissional do humano. Sendo a vida humana cheia de facetas imprevisíveis, ser profissional do humano é ser capaz de lidar com o imprevisível, sempre susceptível de emergir no seio das regularidades do dia-a-dia profissional.”

É fundamental que os enfermeiros reconheçam as suas aptidões, dificuldades, medos, receios e crenças nesta área da prestação de cuidados.

É importante o conhecimento e procura de estratégias mais eficazes, que não comprometam a comunicação de informação que a família necessita, nem o suporte destas mesmas famílias que se assume como um dos pilares dos Cuidados Intensivos (Kjerulf et al, 2005).

1.1. Comunicação

Comunicar é um processo complexo que se depara com uma enorme quantidade de obstáculos, uma vez que os intervenientes neste processo, têm características, histórias de vida, crenças, diferentes o que se reflecte em distintas formas de comunicar e apreender a informação.

Segundo Phaneuf (2005, p.23) a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, e de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal, e de modo mais global pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e (...) a criar laços significativos com ela”.

Para Corney (2000,p.17) “uma das tarefas mais importantes dos cuidados de saúde é a promoção da segurança e do conforto daqueles que sofrem por causa da doença. É ainda necessário fornecer ao doente explicações sobre a doença e a melhor forma de lidar com ela”.

A comunicação é o instrumento fundamental da relação de ajuda prestada pelo enfermeiro ao doente e família.

Segundo Phaneuf (2005, p.17) “a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ... motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se ...conformar com o tratamento”.

Conhecer a pessoa de quem cuidamos é essencial para apreender as variadas formas de vivenciar os fenómenos como a vida, a doença e a morte. O contacto com a realidade de cada situação de cuidados traz saber. Aliás Collière (2003, p.136) diz-nos que “todo o saber parte das realidades da vida.” Estabelecer relação, conhecer as emoções e formas de reagir da pessoa é essencial em cada situação de cuidados. Como nos diz também Collière (2003, p.159) “apreender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação”.

Existem diversos factores que podem interferir no estabelecimento de uma comunicação eficaz. Phaneuf (2005, p.50) define os seguintes: “os limites dos sentidos na pessoa cuidada”; “o nível de educação dos interlocutores”; “as diferenças culturais”; “a língua falada”; “os valores, a religião e a espiritualidade”; “a diferença de idade, o desenvolvimento intelectual e o estatuto social”; “os preconceitos e estereótipos sociais”.

Cuidar em enfermagem tem que ter em conta todos estes aspectos e muitos outros para que a comunicação seja de facto eficaz. Como nos diz ainda Phaneuf (2005, p.51) “ a enfermeira deve ser sensível às diferenças de percepção das pessoas de quem cuida, quer se trate do papel da família..., da aceitação do tratamento ou da relação enfermeira-pessoa cuidada. Deve também tomar consciência dos seus próprios preconceitos e trabalhar para desenvolver a sua capacidade de estabelecer relações interculturais calorosas e eficazes.”

1.2. Definição de má notícia/ Comunicação de má notícia

A má notícia será sempre aquela que de alguma forma afecta a vida de uma pessoa e daqueles que lhe são próximos.

É difícil encontrar uma definição de má notícia que reflecta todas as situações inseridas neste contexto.

Para Buckman (1992, p.15) má notícia é “ toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”. Normalmente encontra-se associada à doença súbita, grave ou à morte. As más notícias em contexto de saúde incluem situações que podem ameaçar a vida, o bem-estar pessoal, familiar e social devido às repercussões cognitivas, físicas, sociais e emocionais associadas.

Comunicar más notícias é um dos elementos da relação de comunicação entre doente/profissional de saúde.

Henderson (2007 pp.8-9) diz-nos que a enfermeira tem que se pôr na “pele do doente”, “saber ouvir”, ser “sensível à comunicação não-verbal” para o desenvolvimento de uma “relação enfermeira-doente, natural e construtiva”.

O enfermeiro não deve descurar nenhum aspecto nesta área de cuidados porque o que por vezes parece não ter significado para o profissional pode ser muito importante para o doente.

O sofrimento causado por uma má notícia é de algum modo atenuado se o enfermeiro mostrar disponibilidade, respeito pelos sentimentos do doente, esclarecer dúvidas e garantir que o doente será sempre acompanhado neste momento difícil da sua vida.

Quando surge a doença e conseqüentemente a má notícia a função da enfermeira é estar, apoiar, compreender, ajudar. Segundo Collière (2003,p.134) “cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida... estimular, desenvolver capacidades... manter, conservar, compensar o que não está bem... supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja, *situar o que torna os cuidados necessários*”.

Durante a trajectória da doença, muitos momentos surgirão como má notícia. As necessidades de informação do doente e família, relativamente ao seu estado clínico, não se resumem ao diagnóstico e prognóstico, mas também a todos os pormenores da evolução da doença, como por exemplo se vai ficar com sequelas...

Como está referido no Código Deontológico no seu Art 84^o, compete ao enfermeiro transmitir informação referente aos cuidados de enfermagem prestados, desta forma também pode comunicar más notícias.

Comunicar más notícias é sempre um dos momentos mais difíceis para os profissionais de saúde. Comunicar más notícias requer competências nesta área dos cuidados. Para além do enfermeiro ter que planear e gerir estes momentos relativamente à forma como o doente/família vão reagir à má notícia, também tem que lidar com os seus próprios sentimentos e emoções. É muito importante que os enfermeiros reconheçam as suas dificuldades e mecanismos de fuga relacionados com os próprios receios nestas situações constrangedoras e difíceis para todos os intervenientes.

Como nos diz Pereira (2005, p.34) estes momentos, em que há comunicação de má notícia, “geram perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite... gerando nos profissionais e sobreviventes, medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação”.

Segundo Buckman (1992), o momento de comunicar más notícias apresenta-se como um momento marcado pela assimetria, na medida em que o profissional é detentor de uma informação que a família não dispõe. Então surgem dois pressupostos: a transmissão de uma má notícia e a necessidade de ajudar o alvo dessa má notícia, o doente /família, face ao conteúdo da informação transmitida.

O enfermeiro deve preparar-se para responder às questões do doente/família de forma honesta e para as suas atitudes, por vezes consideradas menos adequadas, que estão relacionadas com aquele momento de fragilidade da pessoa, medo, angústia ou mesmo recusa de enfrentar a realidade da sua situação clínica.

Esta atitude é crucial para criar um ambiente de confiança entre os intervenientes: profissional e doente/família e preparar a comunicação da má notícia. A notícia deve ser dada de forma gradual, adaptada à vontade do doente. O enfermeiro deve ser sensível e perspicaz para perceber o que o doente quer saber, respeitar os silêncios, responder às questões durante o tempo que for necessário, mostrando disponibilidade. É igualmente importante manter a relação terapêutica posteriormente.

Provavelmente não existe uma fórmula exacta, mas Buckman (1992) propõe um *protocolo de seis etapas* para a comunicação de más notícias designado por SPIKES:

- 1- Preparar o local que deve ser promotor da privacidade, quem deve estar presente, começar com atitudes cordiais, estabelecer contacto visual (*Setting*);
- 2- Identificar a percepção do doente sobre a sua doença (*Perception*);
- 3- Identificar quanto o doente quer saber (*Invitation*);
- 4- Fornecer a informação, avisando que se trata de uma má notícia, transmitir a informação de forma gradual, com linguagem clara (*Knowledge*);
- 5- Responder empaticamente às questões e emoções do doente (*Emotions*);
- 6- Planear com o doente o acompanhamento posterior (*Strategy and Summary*)

Buckman (1992) refere ainda que pode ser necessário repetir a informação várias vezes. Os doentes tendem a reconstruir a informação de acordo com as experiências já vivenciadas. Isto pode facilitar ou diminuir o entendimento do doente sobre a sua situação.

Quanto ao acompanhamento posterior à comunicação da má notícia, este parece ser crucial para perceber as necessidades e os pontos de intervenção dos cuidados de enfermagem.

Collière (2003, pp.134-135) diz-nos que “partir das preocupações das pessoas, das suas inquietações... da expressão dos seus desejos, das suas expectativas, dá a possibilidade de apreender o que indicam como prioritário, o que mais as toca... dá-nos a orientação do que deve ser procurado com elas para ultrapassar esta ou aquela dificuldade.”

1.3. Doente oncológico/família na UCI

Uma das consequências do avanço do conhecimento científico no domínio das doenças oncológicas é o aumento da sobrevivência dos doentes que sofrem destas doenças. Sendo assim também aumenta a necessidade de intervenção, junto dos sobreviventes. Isto requer a intervenção de vários profissionais de saúde que com os seus conhecimentos e motivações podem influenciar positivamente a reabilitação destes doentes, que são alvo de uma multiplicidade de sofrimentos e alterações nos seus padrões de vida familiar, social.

De acordo com Justo (2002, como citado em Dias, 2002, p.56) aqueles que privam com os doentes oncológicos “sabem que estes doentes sofrem: porque têm uma doença grave (por vezes fatal); porque esta doença os arrasta para limitações amplas da sua funcionalidade; porque estas limitações se expandem aos territórios da interação familiar, profissional e social; porque os tratamentos necessários induzem efeitos colaterais”.

Uma preocupação lógica durante a trajetória da doença oncológica diz respeito aos aspectos relacionados com a qualidade de vida destes doentes. Daqui referir que a intervenção junto destes tem sempre como finalidade uma evolução positiva nesta realidade, neste percurso da sua vida.

Desde sempre a família constituiu um pilar de apoio fundamental para a pessoa doente. Em situação de crise e de incerteza o doente/família necessitam da força que vem da relação familiar para ajudar a ultrapassar ou aceitar uma situação crítica.

A família do doente Oncológico, ou qualquer outro doente, internado numa UCI é uma família em rotura, em sofrimento.

Sendo a família a unidade funcional em termos sociais, este desmembramento pode trazer repercussões incalculáveis. Existem vários aspectos da vida familiar em risco.

Hanson (2005,p.6) sublinha que “família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”. Sendo assim quando um dos membros da família está doente isso repercute-se na harmonia e estabilidade da vida familiar com toda a certeza.

Neto (2003, p.70) diz-nos que “existem alguns problemas experimentados pela família que esta não ultrapassa com os seus recursos próprios e, por isso, carecem de intervenção profissional a fim de serem resolvidos com sucesso. Habitualmente, esses problemas decorrem da falta de informação acerca da evolução da doença, das dificuldades na comunicação infra familiar, da dificuldade em tomar algumas decisões e da falta de recursos que possam ser importantes”.

Tendo em conta estes aspectos o enfermeiro deve tentar obter um conhecimento o mais fidedigno possível da estrutura da família e perceber as

suas necessidades (sociais, económicas...). Com o apoio de toda a equipa multidisciplinar ajudar a minimizar as dificuldades encontradas.

O internamento numa UCI de Neurocirurgia normalmente é um acontecimento súbito e inesperado e “indica à família, que o doente está gravemente enfermo e que a morte ou uma grande deficiência podem ser possíveis” (Artinian, 2005, como citado em Hanson 2005, p.300). Esta possibilidade é causadora de grande stress e sofrimento para as famílias dos doentes internados na UCI.

Vários estudos traduzem as necessidades dos familiares de doentes internados em UCI: necessidade de informação, necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde e a necessidade de esperança. (Harrison e Johnson, 2002).

Na prestação diária verifica-se que é importante para a família a informação constante sobre as alterações do estado do seu doente, transmitidas pelo enfermeiro e também que este represente o elo de contacto entre a família e a equipa multidisciplinar. Este facto diminui a ansiedade dentro da unidade familiar, uma vez que o afastamento físico do doente/família leva a necessidade constante de informação como forma de tentar manter a ligação com o seu doente.

Relativamente aos aspectos ético-legais relacionados com a confidencialidade da informação, podemos dizer que o direito do doente e da família à informação e à verdade sobre a situação clínica justifica-se para que possam tomar decisões de índole espiritual, financeira ou relacional, bem como no que se relaciona à necessidade de determinados tratamentos médicos, que o doente se não for detentor da verdade pode recusar. (Sancho 2000, p.39)

Tendo em conta que os doentes internados numa UCI de Neurocirurgia apresentam estado crítico e nível de consciência alterado, podemos assumir que a sua autonomia está afectada pelo que a sua família terá acesso à informação sobre a situação da pessoa em variados momentos.

Normalmente quando a família questiona o estado do seu doente quer que a resposta seja honesta, mas também espera que a evolução seja favorável e indique melhoras do seu familiar, para que possa manter a esperança.

Sendo assim, qualquer informação que os profissionais de saúde transmitam à família, que se afaste das expectativas favoráveis à recuperação do doente são consideradas, por esta, como má notícia.

Esta situação é sempre campo de intervenção por parte do enfermeiro de forma a ajudar “as famílias que os prestadores de cuidados tantas vezes têm que acompanhar nas suas dificuldades..., no seu sofrimento, em determinadas passagens difíceis...nos momentos de crise”. (Collière, 2003, p.189)

2- Percurso realizado – O desafio de alcançar a Perícia...

O caminho a percorrer, para alcançar aquilo que se pretende para um Enfermeiro Especialista numa dada área da prestação de cuidados é exigente. A vida pessoal e profissional é feita de caminhos diferentes e a pessoa percorre-os para que os objectivos traçados sejam alcançados e logo o desafio superado.

Caracterizada a área problemática e o projecto de intervenção no local onde exerço funções, foram percorridas várias etapas para que o sucesso seja alcançado.

Nesta fase do percurso formativo, propus-me realizar uma aprendizagem teórico-prática na área da enfermagem oncológica em locais que podiam ser uma mais-valia nesta área.

Utilizei uma metodologia baseada na prestação de cuidados, na observação, na escuta activa, na partilha, na pesquisa bibliográfica sistemática e na reflexão estruturada. Ao longo do processo formativo utilizei a prática reflexiva, com base no Ciclo reflexivo de Gibbs, para analisar e conscientemente reflectir sobre as situações vividas, especialmente significativas, na área da comunicação de más notícias e delas retirar aprendizagem.

Ao longo deste trabalho vão constar várias referências às reflexões efectuadas. Neste percurso há uma constante preocupação com a aquisição de conhecimento científico e de competências no âmbito da comunicação de más notícias ao doente oncológico e família que se reflecte no questionamento e na reflexão sobre as situações vividas e onde se evidencia a maturação do conhecimento adquirido.

2.1 – Ponto de partida – Os locais de estágio

Relativamente à área problemática da comunicação das más notícias ao doente oncológico e família, segundo a filosofia de Benner (2001, p.54) encontrava-me no nível de “Enfermeira Proficiente”. A minha experiência global, como enfermeira há 28 anos e há cerca de 18 anos mais vocacionada para a área, em UCI, dá-me a capacidade de me “aperceber das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados...A perspectiva é

fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes.” (Benner 2001, p.55)

A vivência de situações diferentes traz-nos a experiência e o conhecimento sobre as pessoas e reacções possíveis. Tal como nos diz também Benner (2001, pp.55-56) “ a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que podem acontecer numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar...A enfermeira proficiente orienta-se directamente sobre o problema.”

Assim sendo, para poder obter as competências do nível superior “Perito” (Benner,2001, p.58), estabeleci o percurso que me permitiu estruturar a aprendizagem, baseada na evidência científica, espelhada na permanente articulação da teoria com a prática.

Tendo em conta que pretendo adquirir competências de enfermeira especialista que me permitam implementar mudança das práticas no meu local de trabalho relativamente à comunicação de más notícias, procurei locais de estágio, como já foi referido, que me pudessem ajudar a usufruir de conhecimento para a operacionalização do mesmo.

A escolha da Unidade de oncologia-Internamento prende-se com o facto de esta ser vocacionada para uma área específica do tratamento do doente oncológico. Diferente na natureza mas igualmente relevante na área oncológica está o Serviço de cirurgia que escolhi, onde cerca de 40% dos doentes internados sofrem de patologia do foro oncológico.

Em seguida farei uma breve descrição dos locais e sobretudo do significado dos contextos encontrados, experiências vividas e aprendizagens efectivadas e possível repercussão para a prática diária.

O registo e a documentação das aprendizagens são essenciais para dar visibilidade à prática de enfermagem. Como nos diz Benner (2001, p.40) “uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem.”

Com muita vontade de desenvolver novas competências e toda a humildade, iniciei esta viagem de descoberta, pelos caminhos sinuosos dos que cuidam do doente oncológico....

2.2 – Unidade de tratamento do doente oncológico - Internamento

2.2.1- Objectivos e actividades desenvolvidas

De forma a desenvolver as competências que descrevi, delinhei os seguintes objectivos para este campo de estágio:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados
- Identificar os problemas do doente oncológico submetido a isolamento
- Identificar que tipo de más notícias são dadas a estes doentes e como são transmitidas
- Identificar que tipo de más notícias o enfermeiro transmite ao doente no contexto desta patologia oncológica

Actividades desenvolvidas:

- Integrei as equipas de enfermagem e conheci o seu trabalho
- Prestei cuidados ao doente oncológico e sua família
- Desenvolvi escuta activa
- Observei, analisei e registei as situações de comunicação de más notícias
- Realizei reflexões estruturadas utilizando o ciclo de Gibbs
- Fiz pesquisa bibliográfica
- Partilhei com a equipa as aprendizagens, diariamente de forma informal, em entrevistas e através da organização de um dossier com variadas reflexões e artigos sobre a temática

2.2.2 – Breve caracterização do serviço

Ao longo dos muitos anos de actividade, esta Unidade de internamento mantém-se como a mais inovadora no nosso país, tendo introduzido actuações pioneiras (como a 1ª transplantação utilizando células de sangue de cordão umbilical) em 1994. É uma referência nacional, reconhecida e acreditada internacionalmente.

Para entrar na Unidade temos que ultrapassar várias barreiras físicas devido ao controle de infecção. A principal característica que distingue esta unidade tem a ver com o isolamento a que os doentes são submetidos nas várias fases do tratamento.

A zona de internamento tem sete quartos contíguos, ladeados por uma sala de acondicionamento de roupa e sala de preparação de medicação equipada com duas câmaras de fluxo laminar, dois pequenos duches para os doentes em regime de porta aberta. Uma zona mais central no corredor serve de apoio à enfermagem, acondiciona medicação, material de penso e outros consumíveis. Os quartos são exíguos, com pouco espaço disponível, têm pressão positiva, temperatura controlada.

O doente pode ter regime de isolamento total ou parcial, de acordo com a sua situação clínica e fase do tratamento. No caso de isolamento total, para aceder ao interior do quarto o enfermeiro, o médico, o assistente operacional ou a visita, tem que colocar máscara, barrete e bata, mantendo sempre especial atenção à lavagem das mãos. As paredes dos quartos são em vidro em dois dos seus lados, para o corredor da unidade onde existe sempre contacto visual com o enfermeiro (excepto durante o momento da higiene ou outra situação a pedido do doente, onde uma cortina garante a privacidade) e para o corredor das visitas que também tem vista para a rua. Aqui as visitas comunicam por intercomunicador com o doente no interior do quarto.

2.2.3 – Caracterização da equipa multidisciplinar

Do Serviço faz parte o Hospital de Dia, sendo que a existência de 2 equipas de enfermeiros, permite a rotação de alguns elementos pelos dois serviços.

A equipa multidisciplinar (médica oncologista, psicóloga, psiquiatra, assistente social, dietista, fisioterapia...) é composta por profissionais que congregam uma filosofia de cuidar o doente oncológico, com uma finalidade e uma preocupação constante com o bem-estar do doente e família.

Verificou-se por parte de cada um uma contribuição especial e existe uma partilha de saberes que contribui para a excelência dos cuidados prestados. Diariamente a equipa de enfermagem reúne com os A. O. para discutir o plano diário e com a médica de serviço para discutir/analisar/partilhar o plano terapêutico. Nenhum aspecto é deixado ao acaso seja do plano físico, psicológico ou social. O apelo à ajuda/colaboração das várias especialidades era uma realidade diária com a preocupação de que o doente tivesse todas as condições para um tratamento dirigido e eficaz e uma rápida recuperação.

A partilha com a equipa de vários momentos de comunicação de má notícia mostra como é difícil esta área de intervenção. Alguns dos colegas verbalizaram espontaneamente as suas dificuldades. No entanto a partilha e a busca de informação ajuda à reorganização da dinâmica da equipa e a uma melhor interacção.

Assisti e participei em vários momentos de partilha e formação na acção relativamente a situações de comunicação de más notícias. Percebi que todos conseguiam comunicar a má notícia minimizando o sofrimento do doente, embora de forma empírica, porque referiram não ter formação específica. No entanto identifiquei nas suas atitudes e comportamento, várias etapas do protocolo de Buckman que já descrevi anteriormente. Nomeadamente a preocupação com o local onde era transmitida a má notícia, o conhecimento que o doente tinha da sua situação clínica, a resposta a questões, a qualidade do tempo dispensado ao doente e a preocupação de resolver os problemas identificados nas várias vertentes: física, psicológica, religiosa e social. É importante verificar na acção a utilização das estratégias descritas por este autor que na prática são perfeitamente exequíveis.

Fui alvo de um acolhimento excepcional no seio da equipa e pela orientadora de estágio, o que facilitou em muito a socialização ao serviço e a disponibilidade para a aprendizagem foi total. A preocupação em proporcionar experiências diferentes e realidades do circuito dos doentes dentro do serviço permitiu um bom conhecimento da dinâmica de cuidados nesta área.

As vivências significativas foram partilhadas, registadas e estruturadas. Organizei um dossier para a equipa onde constavam: carta aberta aos colegas, reflexões sobre escuta activa, frases que me tocaram (Apêndice B) e artigos sobre o tema: comunicação de más notícias ao doente oncológico/família.

2.2.4 – As experiências vividas e partilhadas...

O acolhimento que me dispensaram e a postura informal de toda a equipa foram facilitadores para a minha integração, socialização ao serviço permitindo-me desde logo a tentativa de concretizar os objectivos que me propus atingir. A prestação directa de cuidados, a escuta activa e o contacto diário, com o doente em regime de isolamento proporcionaram-me experiências e aprendizagens muito importantes que analisei em vários momentos de reflexão

e enriqueci com pesquisa bibliográfica com a consciência de que esses momentos se concretizaram em aprendizagens sólidas e construtivas para o caminho que escolhi percorrer neste mundo, para mim desconhecido, do doente isolado.

Colocar tudo isto por escrito foi para mim um desafio mas considero que isso é o ponto de partida para dar visibilidade ao desempenho e competências adquiridas. Temos que abandonar práticas antigas pois, como nos diz Benner (2001, p.31) “as enfermeiras nunca puseram, seriamente, por escrito os resultados das aprendizagens que foram realizando ao longo da sua própria prática”. A descrição da própria prática permitirá de certa forma identificar as competências adquiridas.

As experiências vividas no contexto deste estágio foram tão reais e ricas que só podem significar conhecimento em enfermagem. “ Competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais.” (Benner, 2001, p.43)

Relativamente ao facto dos doentes se encontrarem durante um tempo indeterminado em isolamento, a escuta dos seus testemunhos relativos a este facto facilitou a minha compreensão sobre esta faceta, característica daquela unidade de internamento. Pensava eu, que o isolamento num quarto exíguo seria o mais difícil para aqueles doentes, mas verifiquei que não era o pior. A maior parte dos doentes com quem tive momentos de escuta activa referiram que era suportável, na medida em que representava uma das etapas necessárias à cura da sua doença.

No entanto num desses momentos o Sr. C dizia-me: ” no início achei que isto era a minha tábua de salvação por isso nem que a cama tivesse espinhos, não me importava...mas o tempo vai passando e a solidão aperta-me. Muito...”.

Os momentos em que realizei uma escuta activa dos doentes foram cruciais para conhecer a pessoa, os seus sentimentos, medos, expectativas relativamente às várias etapas do percurso da sua doença oncológica.

Outras experiências

Por ser uma realidade diferente da minha prática diária, acompanhei a preparação de medicação em câmara de fluxo laminar: quimioterapia e outra medicação específica, como factor de crescimento, imunossuppressores...

Assisti à infusão de células progenitoras (transplante), desde a descongelação (o produto é crio preservado em azoto líquido) feita pela médica da unidade até à administração efectuada pela enfermeira que permanece dentro do quarto com o doente a acompanhar todo o processo. O doente é monitorizado e a administração é rigorosamente efectuada com grande preocupação com a segurança. Desde a identificação do receptor, até ao final da infusão tudo é observado e registado pela médica e o enfermeiro.

O dia do transplante é sempre vivido com muita ansiedade por parte dos doentes e família, é o DIA ZERO e representa o renascimento da Esperança, a hipótese da Cura, mas também o Medo do Fracasso. Senti tudo isto quando conversei com estas pessoas nesse dia. “É como renascer, sinto que tenho outra hipótese...” disse o Sr. C”.

Também assisti ao acolhimento do doente à unidade, momentos vividos com intensidade pois representam a continuidade da má notícia pois representam a concretização no espaço físico do afastamento da família, dos amigos, do sol e ar livre, lá fora...mas também a esperança da cura...

O momento da alta é pelo contrário um momento de verdadeira euforia e alívio, a solidão fica para trás e as memórias de tratamentos dolorosas e incapacitantes, adormecidas.

O hospital de Dia

Considerarei a minha passagem no hospital de dia importante, porque é ali que normalmente o doente toma conhecimento do seu diagnóstico, sempre transmitido pelo médico. Recebe pela primeira vez a má notícia naquele local.

Ali o doente faz os primeiros tratamentos de quimioterapia e também é seguido no período de pós transplante para tratamentos e vigilância de valores analíticos...

Assisti a um momento de recolha de células por fotoferese num doente, que seria submetido posteriormente a autotransplante.

Fiz o acolhimento a um dos doentes que tinha tido alta do Serviço dois dias antes, para controle analítico e hidratação. Foi com alguma apreensão que percebi que havia alterações nos valores analíticos, nomeadamente da função renal e valores dos globos brancos a baixar. Foi necessário informar o Sr. C destas alterações, que considerou ser uma má notícia, ficou preocupado e um pouco ansioso. Conversando com o doente e relembrando aspectos do ensino

anterior que se referem a esta possibilidade e relembrando que o acompanhamento é constante e o tratamento também, acalmou a sua apreensão...

2.2.5 – Aquisição de competências para a comunicação com o doente oncológico em isolamento

A comunicação como ferramenta dos cuidados de enfermagem é uma habilidade de importância vital para a relação enfermeiro/doente/família. Pode não ser inata mas pode ser desenvolvida na prática e na vivência de várias situações complexas da prática diária.

“A comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem. Com efeito, esta relação não se pode desenvolver senão a partir de trocas calorosas e eficazes entre a enfermeira e a pessoa cuidada...” diz-nos Phaneuf (2005,p.15).

A preocupação com o outro, em conhecê-lo, em compreendê-lo, em perceber as suas necessidades é uma constante para o enfermeiro. Em enfermagem “...o aspecto que perdura é que os enfermeiros se preocupam com e acerca dos outros.” Watson (2002, p.73).

Também Collière (2003, p.112) nos diz que o conhecimento nasce dos cuidados, “conhecer melhor para melhor cuidar” é essencial à prática dos cuidados de enfermagem.

O acompanhamento diário dos doentes, os momentos de passagem de turno, a escuta activa, a reflexão individual, com a orientadora e a equipa sobre várias situações concretizaram-se em momentos de aprendizagem e aquisição de competências comunicacionais.

Identificação de más notícias para o doente e família - As más notícias para além do diagnóstico e prognóstico

Durante o tempo que permaneci no Serviço um dos aspectos que mais me preocupou foi perceber quais as informações que constituíam má notícia para aquelas pessoas.

A má notícia é algo que pode depender da pessoa que a recebe, da idade, do momento do ciclo de vida....

Relativamente à comunicação de má notícia, a organização da equipa faz-se no sentido de compreender a melhor estratégia para minorar o sofrimento do doente/família.

O médico na consulta, sem a presença de um enfermeiro, comunica as informações relacionadas com o diagnóstico. Também é o médico, com a presença ou não do enfermeiro, que comunica a informação sobre a recaída...necessidade de novo transplante (este momento pode ser vivido com maior intensidade do que o diagnóstico pois significa que a esperança foi adiada, gorada, roubada...).

Os enfermeiros em permanente contacto com o doente dão uma infinidade de “pequenas, grandes” más notícias que identifiquei, registei e avaliei, através de conversas informais com o doente, com o enfermeiro e pela observação de diversas situações no contexto da prestação de cuidados.

Sabendo que não se esgotam aqui todas as situações, nomeio algumas por mim observadas e participadas:

- Valores hematológicos com alterações não expectáveis
- Necessidade de transfusão (sangue, plaquetas)
- Abertura de outro lúmen do cateter – mais medicação e mais máquinas é conotado com agravamento da situação clínica...
- Alteração do plano terapêutico por complicações ou efeitos secundários da medicação
- Necessidade de ajuda por perda da independência nas AVD por astenia
- Puncionar para hemocultura
- Informação sobre adiar o início do regime de porta aberta
- Alteração da data da alta
- Prolongamento do isolamento por complicações, como infecção....

Estas informações são vivenciadas de forma diferente pelos doentes. Mas é de suma importância que a informação seja prestada para o doente se adaptar à nova realidade e assim poder ultrapassar mais esse obstáculo no percurso da sua doença. Como nos diz Dias (2005, p.52) “ ...quando a informação não é completa, produzem-se efeitos negativos na adaptação psicológica.”

Durante a trajetória da doença oncológica vários são os momentos em que o doente é submetido à informação de más notícias. A intervenção da equipa

multidisciplinar é variável mas a presença do enfermeiro é quase sempre crucial e determinante. O enfermeiro tem um conhecimento profundo do seu doente e pode ajudar com o seu suporte psicossocial a uma evolução positiva do seu percurso e ajudar "...a reavaliação do percurso de vida dos doentes e desenvolver um sentido de vida para cada um deles." Justo (2002, como citado em Dias, 2002, p.60)

De referir que a família faz parte integrante de todo este processo e a sua participação é indispensável na relação terapêutica. O seu envolvimento é constante e imprescindível para o suporte do doente nesta infinidade de situações que implicam um reajuste constante às novas realidades do percurso da doença oncológica.

Sem dúvida todo este processo é da responsabilidade da equipa multidisciplinar "...o que implica um acordo prévio sobre o papel de cada um dos profissionais na transmissão de informação sobre a doença e dos tratamentos, no aconselhamento, na ajuda para resolução de problemas concretos e na intervenção com a família." Dias (2002, p.46)

Acompanhei uma situação de uma doente internada em que a data da alta foi alterada, prolongando o tempo de internamento o que foi vivenciado com muito desespero por parte da doente. Esta experiência permitiu-me acompanhar todo o processo de comunicação de má notícia desde o despiste da situação até à informação dada pelos vários membros da equipa multidisciplinar. Foi muito constrangedor porque colidiu com as expectativas da doente e constituiu um momento de muito sofrimento para aquela mulher. Em dado momento a doente referiu "que grande decepção, não sei como vou passar este dia...Eu não aguento mais ficar aqui!". Foi um momento de aprendizagem importante porque tive que intervir para ajudar a dona F a compreender e a aceitar aquela decisão e colocou à prova as minhas capacidades para o fazer. Esta situação de cuidados mereceu da minha parte a realização de uma reflexão estruturada (segundo o ciclo de Gibbs) que consta em apêndice. (Apêndice C)

A prática reflexiva é fonte de aprendizagem, pois permite que a pessoa se aproprie do saber experienciado.

Como nos diz Alarcão (2001, p.55) a "aprendizagem experiencial, reflexão sobre e na acção...experiências de vida como ocasiões de reflexão são hoje expressões correntes que traduzem uma atitude perante a formação: a atitude

de que a compreensão da realidade que constitui o centro de aprendizagem é um produto do sujeito como observador e de que a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, reflectida”.

2.3 – Um Serviço de Cirurgia - Internamento

2.3.1 – Objectivos e actividades desenvolvidas

O Serviço de Cirurgia é um serviço de internamento onde cerca de 40% dos doentes têm patologia oncológica. Para este campo de estágio tracei os seguintes objectivos:

- Integrar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados ao doente oncológico/família nas várias fases da trajectória da sua doença
- Escutar o doente oncológico acordado e consciente para partilhar informação e sentimentos acerca da vivência das várias fases da sua doença oncológica
- Identificar o impacto das várias fases da doença oncológica no doente e família
- Identificar estratégias de transmissão de más notícias observando a actuação da equipa multidisciplinar
- Desenvolver estratégias de transmissão de más notícias ao doente e família no contexto de um serviço de cirurgia

Actividades desenvolvidas

- Integrei a equipa de enfermagem e conheci o seu trabalho
- Prestei cuidados ao doente oncológico e sua família
- Realizei escuta activa
- Observei, analisei e registei situações de comunicação de más notícias
- Acompanhei o percurso da doente com patologia mamária oncológica desde a consulta de diagnóstico até à intervenção cirúrgica, alta e consulta pós alta
- Realizei reflexões estruturadas
- Partilhei com a equipa de enfermagem o projecto de intervenção
- Organizei um dossier, para a equipa de enfermagem, com artigos sobre o tema: “comunicação de más notícias”
- Fiz pesquisa bibliográfica

2.3.2 – Um campo de estágio estruturante (para adquirir a perícia...)

As minhas actividades neste campo de estágio foram muito abrangentes.

O serviço acolhe homens e mulheres em número variável de acordo com a necessidade de vagas para os diferentes sexos.

A equipa de enfermagem é relativamente jovem, empenhada e profissional.

Tive oportunidade de contactar com o doente oncológico em várias fases da trajectória da sua doença. Desde a consulta onde é conhecido o diagnóstico, passando pelo acolhimento no serviço, pré e pós-operatório até à alta.

Fui bem acolhida no seio da equipa de enfermagem o que facilitou a minha socialização ao serviço e imediata apreensão de conhecimentos através do contacto com o doente/família na prestação diária de cuidados.

Prestei alguns cuidados específicos como os cuidados referentes a estomoterapia e ensino dos cuidados a ter no pós-operatório das doentes com patologia mamária, submetidas a mastectomia.

Através da escuta activa pude perceber o que sentem estes doentes nas várias fases da doença desde o choque de conhecer o diagnóstico até à necessidade de cuidados paliativos.

Identifiquei as suas formas de reagir e receber a notícia, os medos, as dúvidas, os receios. Estes momentos de relação/cuidados com os doentes são realmente importantes para adquirir conhecimento. Percebemos como as pessoas reagem e podemos conhecê-las de forma a ajudar, Cuidar. Como nos diz Collière (2003, p.112) “os cuidados são fontes de conhecimentos”.

Da integração na equipa de enfermagem, através da escuta activa e da partilha, resultou o conhecimento daquilo que os profissionais consideram ser mais complicado para eles: gerir a comunicação de má notícia, como por exemplo uma alta que tem que ser adiada por complicações cirúrgicas, a morte do doente, dar a conhecer que o doente se encontra na fase final da vida, apenas poder oferecer acções paliativas, ajudar e apoiar a família nesta fase.

Os profissionais sofrem com esta realidade, a relação que estabelecem com os doentes e suas famílias é por vezes forte porque o contacto se prolonga no tempo (meses ou anos).

Uma das situações por mim vivenciada em contexto da prestação de cuidados directos, que muito me fez reflectir, teve como intervenientes um doente em

fase terminal da sua doença oncológica e a sua família (Reflexão nº2, Apêndice D). O Sr. V encontrava-se na fase terminal da sua vida e estava a ser submetido a acções paliativas: cuidados de conforto e controlo da dor. O facto de o doente se encontrar na fase final da vida e não poder fazer mais tratamentos... foi difícil de entender para os familiares que encontraram nesta informação fonte de grande sofrimento, desespero, não-aceitação. Levar estes familiares a aceitarem esta realidade foi mais um desafio importante para mim. O doente permaneceu na unidade três dias que se transformaram num intenso esforço de empatia, reconhecimento, respeito e confiança. Por tudo o que já tinha experienciado naquele serviço senti confiança e capacidade para ajudar aquela família. Foi muito bom para mim perceber isso, o caminho escolhido (este serviço) constituiu mais um percurso gerador de competências nesta área de cuidados.

Por fim surgiu a aceitação por parte da família. Uma das filhas referiu: “Sra. enfermeira finalmente percebi, é bom para o meu pai que eu aceite e o deixe ir, agora que chegou a sua hora...”. Houve também conciliação de esforços por parte da equipa de enfermagem para que o doente estivesse sempre acompanhado pela sua família nesta fase final da trajectória da sua doença: a morte.

Esta situação de cuidados permitiu-me pôr em prática várias etapas do protocolo de Buckman (1992), fez-me sentir competente na sua aplicação e pude observar resultados muito positivos resultantes da sua concretização.

2.3.3 – Da consulta de diagnóstico até à alta clínica- doente com patologia mamária

Num serviço com um grande número de doentes com patologia oncológica variada (tíróide, esófago, pâncreas, fígado, estômago, intestino, recto), que pude cuidar em diversos contextos, decidi escolher uma área específica: a doente com patologia oncológica mamária. Esta decisão teve por base o facto de ter percebido que o acompanhamento destas doentes era muito bem organizado desde a primeira consulta de diagnóstico até à alta clínica. Toda a equipa multidisciplinar acompanhava estas mulheres seguindo os mesmos princípios de actuação na prestação de cuidados. Foi uma experiência muito importante que me permitiu atingir todos os objectivos que delineei para este

local de estágio e que se revelou um manancial de oportunidades que muito contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional nesta área temática. O acompanhamento das doentes com patologia mamária foi compensadora e revelou-se fruto de grande aprendizagem no âmbito do conhecimento da pessoa com patologia oncológica e verificação na prática da aplicação de estratégias para a comunicação mais difícil, a comunicação do trágico: a *comunicação da má notícia*.

Tive oportunidade de contactar com a equipa médica do serviço que faz parte da denominada: Unidade funcional de patologia mamária. Este grupo de trabalho foi criado em Maio de 1990 e desde 2008 tem esta denominação. Trata-se de uma equipa multidisciplinar: cirurgia, enfermagem, imagiologia, anatomia patológica, oncologia médica, radioterapia, cirurgia plástica reconstrutiva, medicina física e reabilitação, psicologia, assistente social.

Esta equipa que recebeu formação, teórica e prática, na área da comunicação de más notícias, cuida das doentes com tumor da mama desde a consulta de diagnóstico, oferta da terapêutica indicada para a situação clínica da doente (cirurgia, quimioterapia, radioterapia...), até à alta, proporcionando todo o apoio especializado necessário.

Durante três semanas integrei a equipa durante as consultas e pude assistir a vários momentos de grande aprendizagem, estruturantes e emocionalmente perturbadores, por serem momentos trágicos para as doentes e seus familiares.

Pude constatar na prática a aplicação das várias etapas do “protocolo de Buckman”: durante a preparação da doente para receber o diagnóstico, incluindo a preocupação em saber se a doente vinha acompanhada por familiar ou amigo; momento em que o diagnóstico é conhecido pela doente; os momentos seguintes em que aconteceu: silêncio, choro, incredibilidade, raiva, medo e derrota... Todos os técnicos presentes (médico, enfermeira, psicóloga) agiam de forma empática, dando tempo para a assimilação daquela chocante realidade, respondendo a todas as questões, tantas vezes quantas as necessárias.

A doente invariavelmente saía da consulta com um plano de acompanhamento holístico de acordo com as suas necessidades, identificadas durante a consulta. Eram marcados os exames necessários, novas consultas com o

cirurgião, a enfermeira, a psicóloga, a assistente social... Verificavam-se os contactos telefónicos para ter a certeza que qualquer dúvida que surgisse podia ser esclarecida por parte da doente.

Como nos diz Dias (2005, p.21), a ciência enriquece o profissional de saúde, dá-lhe o conhecimento que deverá utilizar na sua práxis perante o doente mas “a rigidez, o rigor e a objectividade científicas deverão saber flexibilizar as suas fronteiras quando confrontadas com a Pessoa doente”.

Um aspecto que me tocou e fez reflectir está relacionado com o facto de quando as doentes entravam na sala, eu só pensava que elas estavam em desvantagem relativamente a mim. Eu sabia o que se passava... Não deve existir nada mais terrível que a ignorância a respeito daquilo que se passa dentro de nós, isto só é ultrapassado pelo desconhecimento das soluções possíveis para o problema, o medo e a expectativa relativa à evolução da doença.

Tive oportunidade de acompanhar duas doentes em primeira consulta, acolhimento ao serviço, pré e pós-operatório, preparação para a alta e consulta de follow-up.

Foi muito importante este percurso, porque acompanhando todas as fases do processo da doença pude conhecer a pessoa e a sua família, saber os seus medos, angústias, receios, e assim preparar o plano terapêutico com grande fiabilidade, procurando dar resposta imediata a todas as necessidades das doentes.

Foram momentos realmente estruturantes para mim como profissional a desenvolver novas competências nesta área de cuidados e como pessoa que conhece verdadeiramente outra pessoa a passar por um momento difícil da sua vida. Como enfermeira senti que estava verdadeiramente a acompanhar, a cuidar aquela pessoa de forma holística e eficaz. Como nos diz Collière “cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida...” (2003, p.134), foi isso que eu senti naqueles momentos.

Ao longo do estágio partilhei com os enfermeiros do serviço várias vivências decorrentes da prestação de cuidados; num momento de formação em sala, falei sobre o meu projecto de intervenção e partilhámos experiências e dificuldades sentidas nos momentos de comunicar más notícias. Organizei um

dossier com artigos científicos sobre o tema que deixei à equipa de enfermagem.

2.4 – Serviço de Neurocirurgia - UCI

O Serviço NC- UCI acolhe doentes do foro da neurocirurgia/neurotraumatologia em situação grave, risco de vida, necessitando invariavelmente de ventilação mecânica e outra medidas de suporte de vida. A unidade acolhe doentes de ambos os sexos e todas as idades excepto pediatria.

A família é acolhida na unidade no momento do internamento do doente e todos os esforços são dispensados pelos profissionais para a sua socialização, facilitando a relação doente/família/equipa multidisciplinar.

O doente vítima de TCE grave é acolhido na primeira etapa da trajectória da sua doença, enquanto o doente oncológico passa na unidade na fase de tratamento e por vezes na fase final da sua doença.

A gravidade do estado do doente e a possibilidade de apresentar sequelas físicas e cognitivas é fonte de preocupação constante para as famílias e profissionais. Esta particularidade faz com que a má notícia seja personagem integrante deste cenário.

Os profissionais têm que estar preparados emocionalmente para dar más notícias sem comprometer a prestação de cuidados de enfermagem holísticos. Assim a minha intenção é ajudar a equipa de enfermagem a desenvolver e apoderar-se de estratégias nesta área dos cuidados de enfermagem.

Ao longo deste meu percurso formativo recolhi recursos técnicos, científicos e comunicacionais importantes para o desenvolvimento da minha intervenção como dinamizadora destas estratégias junto dos colegas.

A minha intervenção no serviço onde presto cuidados pretende operacionalizar os seguintes objectivos:

- Fazer o diagnóstico de situação, no seio da equipa de enfermagem, relativamente ao conceito, às dificuldades, e estratégias na comunicação das más notícias
- Partilhar com a equipa de enfermagem o conhecimento adquirido sobre transmissão de más notícias ao longo de todo o estágio, através da partilha de

informação adquirida em pesquisa bibliográfica, discussão de artigos sobre a temática...

- Aplicar estratégias de transmissão de más notícias no seio da equipa de enfermagem
- Implementar processos de formação de enfermeiros relativamente à transmissão de más notícias
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico e sua família baseada na mais recente evidência científica

Para alcançar os objectivos propostos procurei envolver vários parceiros, nomeadamente a Enfermeira Chefe do serviço; Equipa de Enfermeiros; Equipa Médica; Psicólogo; Doentes; Familiares.

Devo referir que o estágio decorreu concomitantemente com a prestação diária de cuidados, no exercício profissional, resultando daí uma maior consciencialização das dificuldades da equipa e fundamentando a necessidade de intervenção personalizada, nos contextos e situações de cuidados encontrados.

2.4.1 Primeira fase da intervenção

Procurei familiarizar a equipa relativamente aos objectivos da intervenção, nesta fase do meu percurso formativo.

De forma informal, após falar com a Enfermeira Chefe do serviço, falei com todos os colegas nos momentos de passagem de turno e durante a prestação diária de cuidados.

Dei a conhecer a intenção de elaborar e aplicar um questionário para fazer o diagnóstico de situação de forma a caracterizar a equipa face à sua postura relativamente à comunicação da má notícia.

A equipa mostrou-se receptiva e empenhada em encetar esta caminhada comigo.

2.4.2 Segunda fase da intervenção: diagnóstico de situação

Com o objectivo de identificar as necessidades da equipa nesta área complexa: “comunicação de más notícias”, elaborei um questionário para realizar o diagnóstico de situação que segundo Fernandes (1999,p.235) “corresponde ao

conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, constituindo um pré-requisito indispensável ao prosseguimento das etapas seguintes”.

O questionário estava estruturado em três partes (apêndice E).

A primeira parte continha cinco questões de forma a caracterizar o enfermeiro do ponto de vista socioprofissional. A segunda parte era constituída por quatro questões abertas e uma fechada, relativas à percepção do enfermeiro sobre a má notícia, dificuldades, formação na área e estratégias a desenvolver no seio da equipa. A terceira e última parte, pretendia conhecer sugestões.

Da equipa fazem parte 62 enfermeiros, mas apenas participaram 58. Eu não participei por motivos óbvios, dois enfermeiros estavam ausentes por doença e uma colega em licença de maternidade.

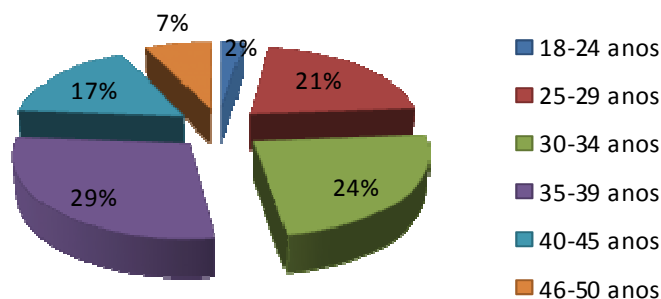
Durante as duas primeiras semanas do estágio (3 a 13 de Janeiro de 2012) procedi à distribuição e recolha dos questionários, salvaguardando o consentimento informado e o anonimato.

Dos 58 questionários distribuídos pessoalmente, foram respondidos 43.

Posteriormente, procedi à análise dos dados obtidos, apresentando-os em forma de *gráficos* e usei as *Expressões mais utilizadas* de modo a facilitar a compreensão do fenómeno da comunicação das más notícias dentro da equipa de enfermagem. Em seguida apresento os resultados obtidos.

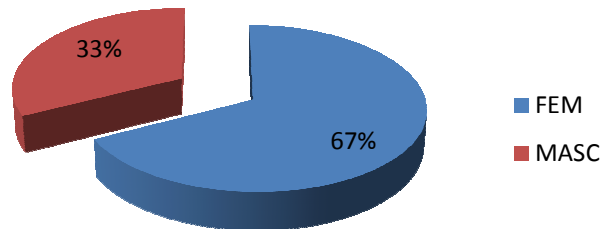
- **Relativamente à caracterização dos enfermeiros foram elaborados os seguintes gráficos:**

Gráfico nº1 – Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros segundo a idade



Os 43 enfermeiros que responderam ao questionário têm idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, com uma média de idade de 34,9 anos.

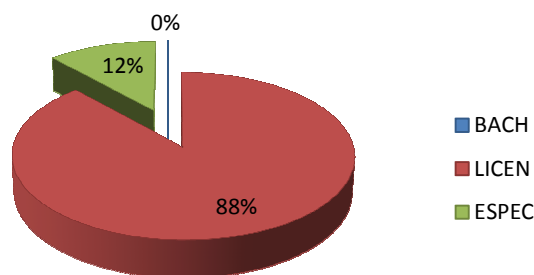
Gráfico nº2 – Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com o género



Relativamente ao género, 67% são mulheres, 33% são homens.

Segue a tendência universal, a maioria dos profissionais de enfermagem são mulheres.

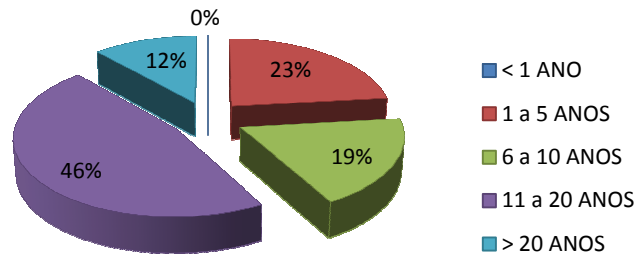
Gráfico nº3 – Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros quanto ao grau académico



Todos os enfermeiros têm a licenciatura, 12% (5 elementos) têm uma Especialidade em enfermagem (Reabilitação).

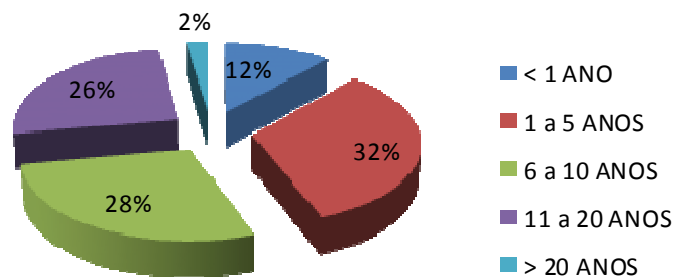
É de realçar que não existe nenhum enfermeiro só com o Bacharelato.

Gráfico nº4 – Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com a experiência profissional



O tempo de experiência profissional é preponderante no intervalo de 11 a 20 anos (46%), sendo assim uma equipa formada por elementos com experiência profissional considerável, os enfermeiros com experiência entre 1 a 5 anos representam 23%. De referir que não existe nenhum enfermeiro com menos de 1 ano de experiência profissional e que 12% tem mais de 20 anos de experiência.

Gráfico nº5 – Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço na NC-UCI



Relativamente ao tempo de serviço na UCI, há um predomínio de profissionais a exercer funções no serviço no intervalo de 1 a 5 anos (32%), sendo que 2% se encontra no serviço há mais de 20 anos.

Sendo que 28% dos enfermeiros estão no serviço entre 6 e 10 anos, podemos considerar que o conhecimento/experiência destes enfermeiros será importante para garantir a qualidade dos cuidados nos contextos de trabalho na UCI.

- **O enfermeiro e a comunicação de más notícias**

A segunda parte do questionário composta por cinco questões será agora analisada e caracterizada.

Relativamente à percepção dos enfermeiros para o que constitui má notícia para o doente /família em UCI encontrei respostas que se enquadram nos vários momentos da trajectória da doença no internamento em UCI (diagnóstico, tratamento e prognóstico). Saliento que o maior número de respostas está relacionado com o diagnóstico. Podemos dizer que é consensual para os enfermeiros que a má notícia é sempre aquela que afecta negativamente as expectativas de vida futura da pessoa (Buckman, 1992).

Percebe-se amiúde a particularidade de um serviço de neurocirurgia/neurotraumatologia que acolhe doentes do foro da oncologia, mas também e de forma muitas vezes dramática os doentes politraumatizados, com graves sequelas físicas e cognitivas ou em morte cerebral. Estes aspectos são espelhados nas respostas dos enfermeiros que acompanham a trajectória do doente/família ao longo do internamento, umas vezes longo, outras demasiado curto e dramático.

Isto reflecte-se nas respostas onde são utilizadas expressões como: “diagnóstico de morte cerebral”, “deterioração do estado neurológico, com risco de vida”, “alteração das capacidades físicas e de relação com a família”, “quando não há mais nada a fazer para o salvar”, “não vai voltar a ser o mesmo”, “alteração radical e negativa da vida quotidiana”, “mau resultado da cirurgia, insucesso das medidas terapêuticas”, “vai ficar muito tempo internado”, “mau prognóstico, notícia geradora de dor, angústia e muita incerteza”, “a morte do doente”.

Quanto à questão: o enfermeiro comunica más notícias ao doente/família em UCI? 41 Enfermeiros dizem que sim. Salienta-se o facto de o enfermeiro acompanhar o doente e sua família ao longo do internamento, vinte e quatro horas por dia, sendo esta proximidade percursora da construção de uma relação de confiança o que leva a uma necessidade constante do enfermeiro estar preparado para dar as informações que lhe competem ou servir de elo de ligação com a equipa médica/doente/família para dar as notícias que são do foro clínico.

Os enfermeiros procuram sempre satisfazer as necessidades de informação do doente e sua família ao longo de toda a trajectória da doença.

A compreensão da doença, o seu tratamento e cuidados prestados diariamente são igualmente relevantes e não só os aspectos relacionados com o diagnóstico e prognóstico.

Como nos diz Collière (2003, p.135) “a finalidade da função de enfermagem é esclarecer as manifestações de disfuncionamento a fim de compreender quais os efeitos a compensar pelos cuidados e a dominar pelos tratamentos”. Relativamente à existência de dificuldades na comunicação de más notícias, 40 enfermeiros referem que sentem dificuldades várias. Após a análise de conteúdo das respostas considero que essas dificuldades se dividem em duas áreas: dificuldades de ordem *pessoal* e dificuldades relacionadas com o *trabalho em equipa* (nomeadamente a equipa médica).

As dificuldades de ordem *pessoal* são assim mencionadas: “a quem dizer, como dizer, quando dizer?”, “Dificuldade na abordagem inicial”, “como encontrar as palavras certas”, “como controlar a emoção”, “como abordar o tema”, “como posso gerir as emoções das pessoas que são alvo da má notícia”, “medo de ser mal interpretado”, “como apoiar após a comunicação da má notícia”, “dificuldade em confortar verbalmente quem necessita”, “dificuldade em lidar com a situação”, “impotência perante o sofrimento alheio”, “pouca disponibilidade para o suporte emocional antes, durante e após a comunicação da má notícia”, “falta de formação na área”.

As dificuldades relacionadas com o *trabalho em equipa* dizem respeito à articulação com a equipa médica destacando: “quem” (médico e enfermeiro? Só o médico ou só o enfermeiro?) e “o que se diz”. É essencial que a equipa utilize a mesma linguagem e transmita a mesma mensagem, porque um

desfasamento da informação comunicada pode trazer ao doente/família muito sofrimento.

Devo salientar que as dificuldades assumidas pelos enfermeiros, correspondem ao cenário por mim traçado desde o início e que direccionaram o meu percurso formativo nesta área de cuidados. Reforçam assim a necessidade da existência deste projecto de intervenção no serviço.

Quanto à formação na área da comunicação de más notícias a maioria dos enfermeiros (30), refere que nunca teve formação na área, apenas 13 referem ter tido formação para a comunicação de más notícias. A formação nesta área deve ser um processo contínuo em constante actualização dada a importância que assume na relação de cuidados com o doente/família.

Para colmatar as dificuldades, os enfermeiros gostariam de ver desenvolvidas estratégias para melhorar o processo de comunicação de más notícias.

Relativamente às estratégias pessoais as expressões mais utilizadas foram: “pesquisa bibliográfica sobre comunicação de más noticia”, “formação sobre a área temática-desenvolvimento de estratégias de comunicação”. Quanto aos aspectos relacionados com o trabalho de equipa evidenciam-se as respostas: “momentos de partilha, reflexão em equipa de situações de comunicação de más notícias”, “melhorar a articulação entre a equipa multidisciplinar”, “reuniões com a equipa multidisciplinar sobretudo com enfermeiro, médico, psicólogo”, “existência de um protocolo de actuação para a equipa, nesta área de cuidados”. É também evidenciada a importância do suporte psicológico para o doente/família e para o enfermeiro sempre que seja necessário.

Por último os enfermeiros deixaram algumas sugestões:

“Sensibilização de toda a equipa para a temática”

“Formação contínua, com desenvolvimento de técnicas como por exemplo: brainstorming ou roleplay”

“Conhecer os resultados do diagnóstico de situação”

“Monitorizar a intervenção”

“Melhorar a relação entre os vários membros da equipa, partilhar e reflectir em conjunto sobre situações difíceis de comunicação de más notícias”

“Saber como preparar a família para receber a má noticia e como ajudar nesta fase difícil de debilidade emocional”:

Face aos resultados do diagnóstico de situação pude confirmar que a necessidade de formação da equipa na área da comunicação de más notícias é uma realidade. Este momento, para além da constatação deste facto, significou também um momento de aproximação e reflexão sobre a prática diária, relativamente a esta problemática. Uniu os membros da equipa em torno de um objectivo comum – a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Do ponto de vista formativo, motivou uma intervenção estruturada e alargada aos vários membros da equipa. A equipa médica residente também mostrou interesse em reflectir sobre o tema no sentido de melhorar as práticas nesta área, aproximando-se assim daquilo que os enfermeiros referiram como necessário - uma melhor articulação entre todos os membros da equipa multidisciplinar.

A sensibilização da equipa face à problemática da comunicação de más notícias foi uma estratégia eficaz e mostrou a necessidade de intervenção ao nível dos processos formativos que, espero, o tempo e a estrutura institucional permitirão desenvolver, tendo em conta os contextos dos cuidados e as necessidades dos membros da equipa.

2.4.3 – Apresentação dos dados do diagnóstico de situação à equipa

A sensibilização da equipa de enfermagem para a problemática da comunicação de más notícias teve início de forma informal nas passagens de turno e em vários momentos da prática diária em que esta situação de cuidados era detectada. Depois de feita a análise dos dados do questionário, chegou um momento um pouco mais formal de dar resposta às necessidades da equipa em matéria de formação.

Comecei por divulgar a acção de formação de forma oral nas passagens de turno e depois com a colocação de um cartaz, onde foram traçados os objectivos da sessão (Apêndice F), na sala da enfermeira chefe local onde diariamente as equipas se reúnem antes da passagem de turno, optimizando assim a informação.

A primeira apresentação decorreu no Centro de Formação do Hospital (plano da sessão em Apêndice G) e as três seguintes no serviço, no fim do turno da manhã (momento de transição entre os turnos manhã/tarde), em dias distintos, tentando abranger o maior número possível de profissionais.

As sessões decorreram num período de mais ou menos 30 minutos, num ambiente informal e muito participativo, constituindo momentos de troca de experiências e reflexão bastante estruturantes.

Houve recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show. Foram distribuídos em suporte de papel os diapositivos apresentados. (Apêndice I)

Por tudo o que foi discutido e abordado pude concluir que a apresentação do protocolo de Buckman foi o aspecto inovador que marcou a apresentação. A sua sequência de etapas e aplicabilidade à realidade da prestação de cuidados no serviço foram desde logo identificadas. As “linhas orientadoras que este nos fornece constituem-se como fundamentais para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros nesta área problemática” Lotra (2007,p.14)

No final de cada sessão foi reservado algum tempo para os participantes exporem dúvidas e comentários.

A avaliação da sessão foi feita em formulário próprio, utilizado na formação em serviço desta Unidade.

Desta partilha sobressaíram algumas propostas como por exemplo: dar continuidade às acções de formação com outros formadores, nomeadamente um psicólogo. Também foi analisada a ideia de implementar um protocolo de actuação, de forma a sistematizar as atitudes perante esta situação de cuidados.

De referir que na primeira apresentação esteve presente um elemento da equipa médica o que revela o interesse daqueles membros da equipa nesta área temática.

2.4.4 – O que resultou da intervenção

A intervenção no serviço surge como algo há muito por mim desejado e que adquiriu forma neste momento do meu percurso formativo. Procurou sensibilizar os profissionais, agitar consciências. Todos os dias somos confrontados com doentes e familiares que necessitam de informações, nem sempre fáceis de transmitir. Por isso é necessário desenvolver competências nesta área de cuidados para que o “saber fazer” atinga a perícia. Só assim podemos garantir uma boa prática. Como nos diz Benner (2001, p.58) a

enfermeira perita “é muito respeitada tanto pelas colegas como pelos médicos, pelas suas capacidades de julgamento e competências”.

Os constrangimentos são uma realidade tendo em conta a articulação entre a equipa multidisciplinar. No entanto creio que podemos trabalhar juntos pois o objectivo final de todos os profissionais é garantidamente o mesmo – minimizar o sofrimento dos nossos doentes e suas famílias quando comunicamos más notícias.

Num dado momento do estágio, posterior à formação que realizei, ocorreu no serviço uma situação de cuidados que pôs à prova, as competências adquiridas nesta área e que mereceu da minha parte mais uma reflexão estruturada. (Apêndice H)

Foi para mim a oportunidade de operacionalizar as estratégias debatidas durante a formação em serviço e verificar que os profissionais se apropriaram delas, como facilitadoras na resolução daquele momento difícil. A situação implicou o falecimento de dois doentes no mesmo dia e sensivelmente à mesma hora o que trouxe à equipa alguns momentos de grande angústia porque foi necessário informar as famílias do falecimento. Acompanhar estas duas famílias que reagiram com incredibilidade e a não-aceitação da situação não foi de todo fácil para a equipa (enfermeiros e médica residente).

Foram momentos difíceis em que a equipa teve de reagir prontamente dividindo esforços e equacionando todas as possibilidades de ajudar, acompanhar, cuidar aquelas famílias. Os enfermeiros chegaram a verbalizar: “ainda bem que temos estado a falar sobre a comunicação de más notícias e do apoio à família... porque esta situação foi muito desgastante, exigiu muito dinamismo da nossa parte, mas correu bem...”.

Mais uma vez verifiquei a necessidade permanente da equipa renovar e apreender conhecimentos nesta área de cuidados que é dinâmica e sempre diferente em cada cenário.

A formação em contexto é sem dúvida o melhor dos momentos para a partilha de situações difíceis como forma de as ultrapassar e retirar daí aprendizagens. Após a intervenção proliferaram estes momentos em equipa o que demonstra a importância e a pertinência da sua existência. Consegui instituir algum dinamismo na equipa que sentia perdido nos últimos tempos.

A partilha de fundamentos teóricos, que dão novas lentes para olhar a problemática, constituiu outra faceta estruturante desta intervenção garantindo-lhe a base científica necessária, por exemplo para a implementação de um protocolo no serviço o que conduzirá à mudança das práticas na comunicação de más notícias ao doente/família na UCI.

2.5 – Questões éticas na comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é um acto multidisciplinar, complexo e muitas vezes difícil para os profissionais de saúde implicados neste processo. Por vezes surgem divergências relativamente ao conteúdo da informação a prestar ao doente e sua família, não sendo no entanto questionada a pertinência da sua existência em dado momento do percurso da doença. Como nos diz Sancho (2000) a comunicação de más notícias para além de ser um acto ético e legal é sem dúvida um acto inquestionavelmente humano onde a verdade e a esperança são condições que devem estar presentes.

Hoje em dia o dilema dos profissionais de saúde recai sobre: como, quando, a quem e quanto se deve revelar. Estas acções têm que ser reflectidas, pensadas, sob pena de pôr em risco todo o processo de comunicação de más notícias.

Como nos diz Martins (2004, como citado em Neves & Pacheco,2004, p. 229) o agir do enfermeiro enquanto profissional que cuida do *Outro*, exige e decorre da relação interpessoal estabelecida, permitindo compreender e respeitar a pessoa, tendo sempre presente o quadro referencial de valores e atitudes de ambos os intervenientes. Neste contexto a compreensão do enfermeiro face à situação do doente implica, segundo Martins (2004,como citado em Neves & Pacheco,2004, p. 232) garantir a “observância dos direitos e deveres para com essa pessoa, assente nos princípios éticos que servem de fio condutor à actuação do enfermeiro”.

Os enfermeiros no seu dia-a-dia encontram-se numa situação privilegiada, mas também de certa forma obrigados a uma actuação ética face às fragilidades dos doentes e suas famílias. Ou seja estão obrigados ainda segundo Martins (2004,p.230) a uma reflexão sobre o agir, reportada a valores, suscitando ou

apelando a um comportamento que respeite a pessoa humana, de forma holística, sem discriminações.

Porque o doente está sempre fragilizado, independentemente do grau de gravidade da doença que o afecta, exige do enfermeiro, devido a essa fragilidade o cumprimento dos princípios da beneficência e da não-maleficência. Desta forma o enfermeiro poderá cuidar a pessoa de forma global.

Durante a realização dos meus estágios observei que os princípios bioéticos aplicados à saúde como sejam, da beneficência, da não-maleficência, do respeito pela autonomia, direito à informação e à verdade, foram respeitados.

Durante o exercício profissional procurei sempre respeitar o doente e sua família, compreender as suas decisões. Esta capacidade decorreu dos aspectos ligados às relações interpessoais estabelecidas. Reconheci em cada doente, uma pessoa com direito a cuidados individualizados e que esta deve ser vista como entidade única. A consciencialização, comunicação, reflexão e entendimento permitiu que as equipas dessem sempre primazia ao princípio da beneficência, tentando transformar os maus momentos mais suportáveis, por via da forma como as más notícias foram transmitidas.

No serviço onde presto cuidados a sensibilização da equipa de enfermagem, os momentos de reflexão e o envolvimento da equipa médica tiveram como finalidade atingir o consenso nas formas de actuação e no empoderamento com estratégias de comunicação de más notícias de forma a tornar a equipa mais coesa e agindo de forma mais correta face a quem se encontra fragilizado. Em suma pensar e reflectir como *Cuidar com excelência*.

3 – O Percurso no futuro

Como enfermeira responsável por este projecto e como dinamizadora destas práticas no serviço, ficou implícito que devo criar as linhas orientadoras que permitirão a expansão desta intervenção.

A operacionalização da implementação de novas práticas na área da comunicação de más notícias ao doente e sua família na UCI, passa por intervir na equipa em quatro aspectos: implementação de um protocolo, formação, prática de cuidados e articulação multidisciplinar.

Também a intervenção a nível institucional poderá ser uma realidade. Foi possível chegar a esta conclusão após ter dado conhecimento ao Enfermeiro Coordenador da Área de Cuidados Intensivos, dos dados obtidos com o diagnóstico de situação e da intervenção formativa. O Coordenador mostrou interesse em difundir esta prática em toda a área de cuidados intensivos pedindo para isso a minha colaboração através da partilha dos dados obtidos e conhecimentos adquiridos durante este meu percurso formativo.

Ao nível do serviço NC-UCI, será operacionalizado um protocolo de actuação com a orientação da Enfermeira Chefe do serviço.

Ao nível da formação em contexto de trabalho, tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área, será dada continuidade à sensibilização dos enfermeiros para a problemática assim como o acompanhamento diário da prática de cuidados monitorizando a necessidade de intervenções pontuais e de formação adicional.

A proximidade e a constante presença dos enfermeiros junto dos doentes e sua família conduzem frequentemente à necessidade de comunicar informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença do foro oncológico ou do foro da neurotraumatologia. Estes profissionais são identificados como fonte constante de apoio, ajuda e informação, por isso justifica-se este tipo de intervenção formativa para o desenvolvimento de competências nesta área e cuidados. Henderson (2007, p.71) diz-nos que “a modificação dos procedimentos, mesmo os mais simples, de acordo com as necessidades individuais do doente, requer um elevado grau de competência”.

Este percurso interventivo na área da formação passará também pela parceria com o gabinete de psicologia do Hospital, na pessoa da psicóloga responsável, cuja disponibilidade para participar no projecto já foi formalizada pessoalmente e por correio electrónico. A psicóloga dará o seu contributo na área das estratégias de comunicação e treino de competências comunicacionais.

Foi oficializada a participação a nível institucional e planeada a formação para o mês de Maio de 2012, em dois dias a agendar. Os temas a abordar serão:

- Comunicação com familiares de doentes críticos
- Apoio a familiares de doentes críticos ou falecidos

Tendo em conta a importância da multidisciplinariedade do acto de informar o doente e a sua família e a consciencialização deste acto nos seus aspectos humano, ético e legal, é importante desenvolver esforços no sentido de reajustar e articular o funcionamento da equipa multidisciplinar. Alguns elementos da equipa médica estão dispostos a fazê-lo, nomeadamente participando nas acções de formação nesta área de cuidados. Devo referir que considero que esta intervenção veio agitar em absoluto as consciências dos vários membros daquela equipa. Entretanto surgiram também médicos a desenvolver acções de formação sobre esta problemática, articulados com o plano de formação do serviço nesta área, para apresentar no serviço no decorrer do mês de Março e Abril.

Todo este esforço em desenvolver e consolidar a mudança das práticas resultará sem dúvida em informação dada ao doente/família com mais coerência, oportunidade, qualidade e a especificidade que cada um merece.

4 – Implicações práticas

A comunicação de más notícia ao Doente oncológico/neurotraumatológico e sua Família nas várias fases da doença (diagnóstico, tratamento, fase terminal...) é uma das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde em contexto hospitalar/UCI.

Ao longo deste documento procurei reflectir sobre a área problemática e as competências a desenvolver para dar resposta adequada às necessidades do doente/família relativamente à informação que lhe é facultada e quando esta informação significa má notícia.

Proponho algumas actividades que poderão contribuir para envolver toda a equipa multidisciplinar e mais concretamente a equipa de enfermagem, permitindo a implementação de estratégias de comunicação de más notícias num contexto de boas práticas.

A comunicação das más notícias deverá ser efectuada por quem possua competências específicas para o fazer dentro da equipa multidisciplinar, sem prejuízo do doente/família.

Toda a equipa deverá colaborar, uma vez que as competências individuais podem contribuir para a adequada resolução de cada situação problemática e ajudar o doente e sua família a tomar consciência da situação clínica e a aceitá-la, diminuindo o sofrimento e promovendo estratégias para ultrapassar as dificuldades.

O investimento na formação prática e teórica dos enfermeiros leva à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família ao longo da trajectória da sua doença. Segundo Benner (2001,p.63) a experiência e o domínio da teoria leva à transformação da competência. “E esta mudança leva a um melhoramento das actuações”.

A entrega a este projecto formativo permitiu-me aprendizagens notáveis na área de comunicação das más notícias. O pensamento crítico e a reflexão sobre o reconhecimento da importância ética e holística da comunicação como processo dinâmico nas relações interpessoais, foram essenciais para o desenvolvimento de competências nesta área do CUIDAR.

A minha intervenção junto da equipa nestas situações de cuidados já era uma realidade mas agora, após este percurso, verifico uma maior facilidade em identificar as necessidades das pessoas e em intervir de forma construtiva e muito dirigida verificando resultados muito positivos...será que atingi a “perícia”?...

Benner (2001, p.61) diz-nos que “quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis”. É o que mais desejo neste momento final do meu percurso formativo.

No âmbito da arte e da ciência de enfermagem o reconhecimento da autonomia e da especialização representa o fim deste caminho iniciado há dezoito meses na busca do Cuidar com Excelência. No entanto no meu entender o caminho do Cuidar não tem fim, é para fazer caminhando...

Citando Collière (2003, p.439) **Cuidar é arte**. “Cuidar...é comunicar vida, é deixar existir, é desenvolver o que permite viver...é acompanhar...é ajudar...”

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. (2001). *Formação reflexiva*. Referência, nº6. Maio. p. 55;
- Ayarra, M., Lizarraga, S. (2009). *Malas noticias y apoio emocional*. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textosuple2/suple70.html>. Acedido em 27 fevereiro de 2012;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN 972-8535-97-X. pp. 31,40,43,54-58,61,63,68;
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. p.15;
- Collière, M-F. (1999). *Promover a vida*. Lidel-Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros portugueses. Lisboa. ISBN 972-757-109-3. pp. 127, 235;
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Lusociência. Loures. ISBN: 972-8383-53-3. pp. 29,112,134-136,159,189, 439;
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. (2ª ed.). CLIMEPSI EDITORES. Lisboa. ISBN 972-95908-2-6. p.17;
- Decreto-Lei nº 161/96 (1996). Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem. DR. 1ª série-A, nº 205 (1996/09/04), p. 2959-2962;
- Dias M. R. (2005). *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. CLIMEPSI EDITORES. Lisboa. ISBN 972-796-178-9, pp.21,49,52,58;
- Dias, M. R.; Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. CLIMEPSI EDITORES, Lisboa. ISBN 972-796-018-9, pp.46, 56, 60, 68;

European Oncology Nursing Society (2005). Core Curriculum European Oncology Nursing Society. 3ª Edição. Bruxelas;

Fernandes, M.T. (1999). *Metodologia de projecto*. Servir, 47 (5), (setembro/outubro). pp. 233-236;

Hanson, S. ; May, H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família, prática e investigação*. (2ªed.). Lusociência. Loures;

Harrison L.; Johnson M. (2002). *Families, nurses and intensive care patients: a review of literature*. Journal of Clinical Nursing, nº11 (mar 2002). ISSN 0962-1067. pp.140-148;

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta. Loures. ISBN 978-989-8075-00-0. pp. 8-9,54,55,56,71;

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital, enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-11-8;

Kjerulf, M.et al (2005). *Family perceptions of end-life care in na uiban ICU*. CACCN. Vol. 16, nº3 (outono 2005). pp. 22-25;

Lotra, V. (2007). *A conspiração do silêncio nas más notícias – o aparente obstáculo intransponível*. Percursos, 6, Outubro/ Novembro. pp. 10-15;

Neto, I. G. (2003). *A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos*. Dossier cuidados paliativos. Ver Port Clin Geral 2003: 19. pp. 68-74;

Neves, M. C., & Pacheco, S. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem, Desafios*. Gráfica de Coimbra. Coimbra. ISBN: 972-603-326-8. pp. 229-232;

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista*. Conselho de Enfermagem. Dezembro. p.10 ;

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Setembro 2009;

Pereira, M.A.G. (2005). *Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. Texto & Contexto Enfermagem 14 (1) (janeiro-março 2005). pp. 33-37;

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociencia. Loures. ISBN 972-8383-84-3. pp.13,15,17,22,23,50,51;

Portal da Saúde – Carta dos direitos e deveres dos doentes. Lei de Bases da Saúde (lei 48/90, 24 Agosto). Estatuto dos Utentes. Direitos. Consulta em 26 Junho, 2011: <http://www.portaldasaude.pt>;

Sancho, M. G. (2000). *Como dar las malas noticias en medicina*. Aran Ediciones. Madrid.;

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem*. Lusociência. Camarate. ISBN: 972-8383-33-9. p.73.


Apêndices

Apêndice A


Cronograma dos locais de estágio

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ONCOLOGIA

LOCAIS DE ESTÁGIO	ANOS	2011												2012							
	MESES	OUT					NOV				DEZ			JAN					FEV		
	DIAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13
		7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17
UTDO-I														Férias							
CIRURGIA														de							
NC-UCI														NATAL							

 166 HORAS (20 Turnos) - Unidade de tratamento do doente oncológico – internamento

 134 HORAS (16 Turnos) - Serviço de cirurgia - internamento

 175 HORAS (21 Turnos) - Neurocirurgia - UCI

Apêndice B

Carta aberta aos colegas

Escuta activa – O que senti

Escuta activa – Frases que tocam...

Unidade Curricular

Estágio com Relatório

ENSINO CLÍNICO

DISCENTE: Maria do Rosário Silva Grosso Coelho

Local: Unidade de tratamento do doente oncológico - Internamento

CARTA ABERTA AOS COLEGAS

Tenho 48 anos, sou Enfermeira há 27 anos. Desde pequenina quis ser enfermeira. Costumava brincar com as bonecas, criando cenários de quartos de hospital e salas de tratamentos, à época restringindo-se a “dolorosas injeções” nas bonecas... Depois deixou de ser brincadeira e tornou-se realidade. Já era Enfermeira cheia de projectos e ideais de cuidados totais e personalizados...

Para mim ser Enfermeira é Estar Com... Ajudar o Outro. Cuidar total. Os Saberes são imprescindíveis: Saber, Ser, Estar.

Agora, nesta fase do meu percurso profissional estou à procura de mais Saber para poder dar resposta às necessidades dos doentes cada vez com mais qualidade.

Vim procurar Saber na vossa Unidade de Cuidados. Esta Unidade tocou-me profundamente. Pelos diagnósticos, prognósticos e pelas pessoas doentes (adultos e crianças, a

doença não escolhe idade) que necessitam de isolamento para se poderem tratar, é um duplo sofrimento.

Tocaram-me também os profissionais que deles Cuidam 24 horas por dia. Vestem e despem batas, põem, tiram barretes e máscaras, vezes sem conta, atempadamente ao mínimo queixume ou apelo da pessoa que está fechada no quarto. Tudo isto sem se queixar ou fazer má cara. Devo salientar que isto é extensivo a todos os membros da equipa multidisciplinar.

Impressionou-me a forma como Cuidam os Doentes e Família em situação de doença tão incapacitante. Aquele quarto exíguo, senti-o muitas vezes a transbordar de Esperança, Amor, Vida, para além do sofrimento e do medo.

Os Enfermeiros sempre presentes na Unidade tentam com humor e boa disposição (até se organizam saídas e festas surpresa..) ajudar a ultrapassar estes que provavelmente serão os piores momentos, dias ou meses.. da vida daquelas pessoas.

Gostei particularmente destas vossas palavras que vi escritas: SORRIR, VIVER. É disso que se trata, sem dúvida.

Como nos diz Virgínia Henderson "A Enfermagem é algo que se faz com a cabeça, o coração e as mãos."

Receberam-me com simpatia, profissionalismo...Fizeram-me sentir colega da Equipa.

Bem hajam!

Lisboa, Outubro 2011

Unidade Curricular

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ENSINO CLÍNICO

DISCENTE: Maria do Rosário Silva Grosso Coelho

Local: Unidade de tratamento do doente oncológico - Internamento

Data: Outubro 2011

ESCUA ACTIVA – O QUE SENTI

As conversas com os Doentes transformam-se em excelentes momentos de aprendizagem. A conversa flui livremente e a ESCUTA daquela pessoa transforma e dilui a personagem do profissional em pessoa com as mesmas fragilidades, medos e ansiedades.

São momentos de crescimento e enriquecimento pessoal e profissional.

A pessoa doente, frágil – deixa antever o receio dos projectos sem futuro, da vida a prazo, do caminho interrompido pela cruel doença.

O isolamento da família em geral, dos amigos é doloroso. Mas esta fase em que há tratamento representa quase sempre o adiar do reencontro. Representa a esperança num futuro ainda possível, mesmo que seja efémero, junto daqueles que ama.

Estas pessoas dão-nos lições de vida, de sobrevivência, de coragem e solidariedade.

A vivência destes momentos é indiscreto, inesquecível. Há um turbilhão de sentimentos únicos e especialmente contraditórios: medo/esperança; raiva/aceitação.

Leva-nos ao reino da VIDA e a viver um dia de cada vez com a maior intensidade possível.

Unidade Curricular

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ENSINO CLÍNICO

DISCENTE: Maria do Rosário Silva Grosso Coelho

Local: Unidade de tratamento do doente oncológico - Internamento

Data: Outubro 2011

ESCUITA ACTIVA – FRASES QUE TOCAM...

A Escuta dos doentes internados em regime de isolamento, submetidos a Transplante de Medula, proporciona aprendizagens constantes. Aqui ficam algumas frases que nos fazem pensar:

“Isto não me está a acontecer a mim... quero outra opinião, quero 11 opiniões...”

“Este tratamento...é a luz ao fundo do túnel...agarro-me com todas as forças”

“Quero sair daqui e ir à minha vida, ainda tenho muito para fazer”

“Quero tratar-me porque os meus filhos precisam de mim!”

“Não cortei o cabelo antes de começar a cair porque não gosto de sofrer por antecipação”

“Os meus filhos sabem o que tenho, mas não sei muito bem o que é que a mais nova sabe...”

“Sei que tenho que partir mas quanto mais tarde melhor!”

“PASSEI A ENCARAR A VIDA COM UMA PERSPECTIVA NOVA, CADA DIA COM FELICIDADE.”

Apêndice C

Reflexão nº 1

REFLEXÃO nº1

Com a presente reflexão procuro descrever uma situação vivenciada no decorrer do Estágio realizado na Unidade de tratamento do doente oncológico - Internamento, no período que decorreu de 3 a 28 de Outubro 2011.

Descrevo a situação e analiso a acção, procuro sentido na experiência vivida tentando apreender o essencial que me possa ajudar a estruturar no futuro atitudes perante este tipo de situação de cuidados. Realizo uma reflexão sistematizada de acordo com o processo reflexivo do Ciclo de Gibbs, em 6 etapas.

Descrição - O que aconteceu?

A dona F, 42 anos, teve conhecimento da sua doença oncológica – Mieloma múltiplo, há cerca de 6 meses. Esteve acamada em casa, os dois primeiros meses e só se deslocava em cadeira de rodas. Estava internada na Unidade há 20 dias. Realizou autotransplante há 19 dias. Foi submetida a várias sessões de quimioterapia e teve complicações como mucosite, erupção cutânea, vómitos, diarreia, insónia, ansiedade, alopecia...

Estava saturada, cansada do isolamento, tinha saudades dos filhos, um rapaz com 12 anos e uma rapariga com 17 anos, e da mãe com quem vivia; de momento não tinha companheiro. Dizia que estava ali pelos filhos, que adorava. Para que os pudesse acompanhar durante mais uns anos porque eles precisavam dela. Dizia: “tenho que ficar boa por eles...”

O momento que propiciou a reflexão:

Certo dia de manhã, a Dona F disse-me que tinha uma “sensação muito forte” de que ia ter alta nesse dia... Eu sabia que isso não era verdade, tentei passar a mensagem dizendo-lhe: “ Dona F é melhor esperar pela médica e ver o que ela tem para lhe dizer, a alta deve estar para breve mas pode não ser hoje...”

A dona F respondeu: “Eu tenho mesmo uma sensação muito forte de que vai ser hoje, vai ver enfermeira!”

Entretanto comuniquei a situação à colega responsável pela doente porque achei que seria importante esclarecer a situação rapidamente para que a senhora não interiorizasse estas expectativas...

A médica (oncologista responsável pelo serviço) também foi informada. Conversamos sobre o sucedido e decidimos informar a doente de que não teria alta nesse dia e explicar porquê. A senhora não podia ter alta nesse dia, porque estava a ser administrada medicação que não podia parar.

A informação foi dada no quarto da doente. O momento foi preparado com uma pergunta por parte da médica: “ Então dona F o que é que se passa, tem alguma dúvida que eu possa esclarecer?”

Dona F respondeu: “Acho que vou ter alta hoje! Vou-me embora hoje Doutora?” A médica respondeu:” Dona F, não pode ir hoje porque não terminou ainda a medicação e não pode parar agora porque as consequências para a sua situação clínica seriam drásticas...”

A dona F ficou extremamente ansiosa, chorou muito e disse: “Que grande decepção, não sei como vou passar este dia...Eu não aguento mais ficar aqui!” Dona F fez mais algumas perguntas às quais a médica e eu fomos respondendo, dando tempo a que interiorizasse aquela má notícia, respeitando os momentos de silêncio e questionando como se sentia e o que podíamos mais fazer para que ultrapassasse aquele momento difícil.

A médica explicou também qual a previsão para terminar o tratamento e depois a avaliação e provável alta. A senhora ouviu, mas não disse mais nada. Parecia alheia a tudo perante aquela informação que não ia de encontro às suas expectativas...

Ao fim de algum tempo a senhora pediu para ficar sozinha, não queria ver ninguém...Via-se um enorme desespero na cara daquela mulher lutadora, mas que estava a atingir o seu limite para suportar aquela situação.

Mais tarde pude conversar com a dona F e perguntei: “Como a posso ajudar, precisa de mim?”. Disse-me: “Obrigada pela sua atenção mas agora só quero dormir e esquecer este dia!”

Foi contactada a psiquiatra que mais tarde conversou com a doente e a medicou para que ficasse menos ansiosa e mais confortável.

Por fim a dona F chorou durante mais algum tempo e depois adormeceu.

Sentimentos – Em que pensei e o que senti?

Pensei que aquela mulher com quem já tinha partilhado outros momentos de escuta activa estava a chegar ao seu limite. A força que a animou e lhe deu alento até aquele momento estava esgotada. Era nitidamente uma mulher derrotada pela força de uma doença que combatia com deslealdade...

Senti uma enorme frustração por não poder intervir de forma mais consistente e de forma a ter evitado aquele momento de enorme sofrimento para aquela mulher. Esta situação constituiu fonte de preocupação com o bem-estar da doente a nível emocional e físico.

Fez-me reflectir sobre o papel da comunicação das más notícias na trajectória da doença oncológica, e tornou-se claro como estas situações podem constituir má notícia para o doente e família.

As várias fases da trajectória da doença podem de facto constituir vários momentos de comunicação de más notícias e o enfermeiro tem que ter consciência disso para poder ajudar o seu doente.

Os doentes oncológicos enfrentam uma multiplicidade de sofrimentos como nos diz Justo “aqueles que se debatem com esta realidade sabem que estes doentes sofrem: porque tem uma doença grave (por vezes fatal); porque esta doença os arrasta para limitações amplas da sua funcionalidade; porque estas limitações se expandem aos territórios da interacção familiar, profissional e social; porque os tratamentos necessários induzem efeitos colaterais...” (2002, p.56)

Em última análise senti que aquela pessoa precisava de AJUDA. Senti alguma impotência porque a pessoa que eu cuidava estava a sofrer. Collière diz-nos que “cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que trata e o que é tratado; leva as enfermeiras a querer reflectir sobre as emoções e atitudes que acompanham os cuidados” (1999, p.155).

Ter a consciência de que há que desenvolver esforços para minimizar o sofrimento do doente é um passo importante para uma relação de ajuda eficaz. Phaneuf diz-nos que “ A relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz a enfermeira.” (2005, p.13).

Avaliação – O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Esta experiência teve mais aspectos positivos que negativos no meu percurso formativo, pois proporcionou mais um momento de aprendizagem importante.

Foi muito positivo observar o trabalho da equipa multidisciplinar na comunicação da má notícia, todos estiveram implicados de uma forma ou outra. A preocupação com o bem-estar da doente foi bem evidente.

A comunicação da má notícia foi feita de forma eficaz.

Tendo em conta que Buckman (1992) considera que má notícia é “toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro” é muito importante que os profissionais estejam preparados para uma comunicação eficaz e oferecer ajuda à pessoa alvo de má notícia.

Um aspecto a ter em conta, também segundo o mesmo autor, tem a ver com o facto do momento de transmissão de má notícia se apresentar como um momento marcado pela assimetria, na medida em que o profissional é detentor de uma informação que o doente não possui. Por um lado pretendemos transmitir uma má notícia ao doente, por outro, a resposta do doente a tal notícia torna-se alvo de intervenção prioritária.

Visando colmatar falhas na formação dos profissionais de saúde, Buckman (1992) propõe um protocolo de seis etapas (SPIKES) para a transmissão de más notícias:

- 1-Preparar o local promotor de privacidade, ter atitudes cordiais tendo em conta o contexto e quem deve estar presente (Setting)
- 2-Descobrir o quanto o doente sabe sobre a sua doença (Perception)
- 3-Descobrir quanto o doente quer saber (Invitation)
- 4-Fornecer a informação de forma gradual e utilizando linguagem clara (Knowledge)
- 5-Responder às questões do doente (Emotions)
- 6-Planear e combinar o acompanhamento posterior (Strategy and Summary)

Durante a comunicação da má notícia à dona F identifiquei várias etapas deste protocolo, tornando evidente a sua aplicabilidade e com resultados positivos:

- A doente foi abordada na privacidade do seu quarto (o seu espaço naqueles dias de isolamento). Estabelecendo sempre contacto visual, a médica e eu falamos com a senhora.
- A médica introduziu a questão, explicando a situação com rigor e linguagem adequada
- Em todos os momentos mostramos disponibilidade para responder a todas as questões da doente, respeitamos silêncios e tempo em que a senhora teve necessidade de expressar os seus sentimentos nomeadamente através de choro.
- Combinamos atitudes a ter na continuidade daquela situação crítica, disponibilizamos ajuda técnica (psiquiatra que já seguia a senhora) e medicação. Planeamos o acompanhamento para os próximos dias.

Foi gratificante perceber que a minha interacção com a doente permitiu identificar esta situação e resolve-la rapidamente a fim de evitar maiores repercussões a nível emocional para a doente.

Esta situação de cuidados permitiu-me sentir como membro da equipa prestadora de cuidados e trouxe recompensas pessoais e profissionais.

Foi importante perceber como este tipo de situação pode despoletar tal sofrimento. Perceber isso pode ajudar a prever de alguma maneira esse facto e criar estratégias para proteger o doente de tais momentos. O acompanhamento diário e a escuta activa são óptimos aliados neste contexto.

O papel do enfermeiro no acompanhamento diário dos doentes é muito importante e fonte de informação preciosa. Possibilita o despiste de prováveis situações problemáticas porque o enfermeiro está atento às mensagens verbais e não-verbais enviadas pelo doente sobre possíveis conflitos interiores... sobre este ou outros problemas.

É verdade que "é mais frequente os doentes sofrerem de problemas de comunicação relativamente à doença do que qualquer outra causa, salvo dores permanentes. Discutir estes assuntos de forma adequada proporciona um alívio mais eficaz na angústia psicológica do que a medicação..." Stedeford (2000, p.81)

É importante manter o doente bem informado da sua situação clínica nas várias etapas da sua doença, tendo sempre em conta que os tempos são variáveis e dependem do progresso individual de cada um na sua doença. Caso contrário as consequências podem ser graves como nos diz Justo "a prevenção dessas consequências só é viável se aqueles que interagem com estes doentes puderem apreciar os conteúdos de comunicação como elementos de um processo evolutivo". (2002,p.68)

Análise – Que sentido posso retirar da situação?

Um dos aspectos mais importantes para mim neste episódio tem a ver com o facto de perceber claramente que a comunicação de más notícias não tem a ver só com os momentos de transmissão de diagnóstico e prognóstico da doença oncológica. Ao longo da sua trajetória esta doença é plena de vicissitudes que se reflectem em momentos de grande ansiedade e que podem constituir má notícia.

Este momento constituiu também um alerta para os enfermeiros. Uma consciencialização das necessidades de informação atempada e correcta face à satisfação das necessidades do doente e família, mesmo que isso implique comunicação de má notícia.

Os enfermeiros na sua prática devem desenvolver um clima facilitador para a escuta dos seus doentes de modo a identificar as suas necessidades de forma eficaz. Esta prática desenvolve-se na prestação diária de cuidados. Aprendemos com o doente oncológico e sua família, diariamente. Benner (2001, p.13) afirma que "as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus pacientes e as suas famílias."

Conclusão – Que mais poderia ter feito?

Para responder a esta questão a reflexão é sem dúvida crucial. Será que agi correctamente? Fiz tudo o que podia como profissional de saúde, como enfermeira?

Perante aquela situação era evidente que a senhora precisava de AJUDA, de CUIDADOS.

Segundo Collière “cuidar é acompanhar as passagens da vida...compensar o que não está bem..., supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja, situar o que torna os cuidados necessários.” (2003,p.134)

Perante tal situação vivenciada com aquela doente a constatação da necessidade de ajuda foi imediata. Aquela preocupação foi-me imposta com bastante determinação que teria que ter resposta ao mesmo nível. Por isso procurei as colegas e a médica e expus a situação para que a ajuda fosse célere.

A consciencialização de situações de cuidados que requerem actuação ao nível das emoções torna-se por vezes difícil. Põe à prova as nossas capacidades como pessoa e profissional. Mas mesmo que a situação implique a transmissão de uma má noticia ela tem que ser gerida e preparada da melhor forma para evitar maior sofrimento ao doente. É importante estabelecer relação, conhecer a pessoa que cuidamos, pois assim estaremos sempre mais próximo de “entender” as suas necessidades e actuar em conformidade.

Collière diz-nos que “a aproximação relacional prossegue um duplo objectivo: conhecer melhor a pessoa tratada e ter uma acção terapêutica” (1999, p.149).

O campo de competências do enfermeiro ultrapassa em muito os “tratamentos prescritos pelo médico”, a relação que este estabelece com o doente é fonte de um conhecimento essencial à boa prática de cuidados dirigidos e holísticos. “É a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”. Collière (1999, p.152).

Uma “boa relação” entre a pessoa que cuida e a que é cuidada, tornou-se a base dos cuidados de enfermagem.

Da mesma forma a consciencialização do impacto destas situações nas nossas próprias emoções e sentimentos prepara-nos para gerir situações posteriores.

A reflexão sobre estes acontecimentos é sempre importante e uma mais-valia para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro nas suas práticas diárias. Interiorizar uma prática reflexiva diária permite um Cuidar responsável e dirigido ao Outro com todo o respeito que as pessoas de quem cuidamos, vinte e quatro horas por dia, merecem.

Planear a acção – Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Penso que o que é importante é evitar que estas situações aconteçam. Pareceu-me que a doente não foi devidamente preparada para o tempo de tratamento prolongado, implicando assim este sofrimento adicional à sua situação já tão difícil. Devia ter sido assegurada essa informação, evitando os acontecimentos relatados.

A experiência vivenciada trouxe aprendizagem e pode ajudar a construir no futuro acções mais consistentes e estruturadas com o intuito de minorar o sofrimento do doente e sua família.

É necessário ter uma percepção real das necessidades do doente para evitar estes momentos, assim é de suma importância equacionar alguns pontos a reter:

- Promover a escuta activa, pois através desta podemos sempre reconhecer os aspectos mais importantes a ter em conta para uma prestação de cuidados dirigida.

- Promover a relação com o doente; não ter receio de interagir com o doente, esses momentos são a essência dos cuidados de enfermagem, aí o enfermeiro faz a diferença. A relação é fonte de informação e ajuda a discernir a necessidade de cuidados.

- Assegurar que o doente tem toda a informação necessária à gestão da sua situação clínica.

- Promover a continuidade de cuidados para que todos os profissionais estejam a par das necessidades do doente.

- Promover a reflexão estruturada, pessoal ou em grupo

- Desenvolver estratégias/capacidades relacionais; capacidade de empatia; estabilidade emocional.

O acompanhamento diário das situações e a adopção de estratégias bem dirigidas aos problemas encontrados podem evitar estes momentos de sofrimento para o doente que já carrega um enorme peso – a sua doença oncológica.

É importante planear toda a informação que transmitimos ao doente sobre: o tipo, a duração e efeitos secundários dos tratamentos a que vai ser submetido. A informação de que um tratamento será prolongado, pode constituir uma má notícia para o doente, mas não informar sobre este aspecto, pode trazer este tipo de consequências.

É assim evidente a importância da interiorização das reflexões efectuadas e aprendizagens cimentadas. Elas permitirão a compreensão mais rápida e atempada destas situações de cuidados que requerem cuidados dirigidos e bem definidos a fim de ajudar a pessoa de forma consistente e com a qualidade que se impõe nestas situações.

Bibliografia

Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN 972-8535-97-X.p.13;

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

Collière, M.-F. (1999) *Promover a Vida*. Lidel-Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-757-109-3. pp.149;152;155;

Collière, M-F. (2003) *Cuidar...A primeira arte da vida*. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-53-3. p.134;

Dias,M.R.; Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. CLIMEPSI Editores, Lisboa. ISBN 972-796-018-9. pp. 56,68

Phaneuf,M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-84-3. p.13

Stedeford, A. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. CLEMEPSI Editores. Lisboa. ISBN 972-95908-2-6. p.81

Apêndice D

Reflexão nº 2

REFLEXÃO Nº2

Na presente reflexão vou descrever uma situação vivenciada no decorrer do Estágio realizado no Serviço de Cirurgia, no período que decorreu de 08 de Novembro a 09 de Dezembro 2011.

Descrevo a situação e analiso a acção, procuro sentido na experiência vivida tentando apreender o essencial que me possa ajudar a estruturar no futuro atitudes perante este tipo de situação de cuidados.

Realizo uma reflexão sistematizada de acordo com o processo reflexivo do Ciclo de Gibbs, em 6 etapas.

Descrição - O que aconteceu?

A situação que acompanhei no decurso deste estágio e que me mereceu este momento reflexivo tem que ver com a história de um doente em fase terminal da sua doença oncológica. Acompanhei os últimos dias de vida daquele homem lutador, vencedor de várias batalhas travadas no decurso da sua doença oncológica que se prolongou por mais de um ano...

O Sr. V era um homem de 70 anos. Há cerca de um ano tinha-lhe sido diagnosticado um carcinoma do cólon. Foi submetido a cirurgia e a tratamentos de quimioterapia e radioterapia. No entanto a doença evoluiu rapidamente e invadiu toda a cavidade abdominal, tendo progredido até uma carcinomatose generalizada. Há cerca de 3 dias tinha deixado de comer, beber, falar e apresentava dificuldade respiratória. A família assustada com o sofrimento que era visível no rosto do Sr. V procurou auxílio junto do médico assistente da especialidade de cirurgia. Foi decidido o internamento no Serviço de Cirurgia para que fossem equacionadas acções paliativas para o Sr. V.

Tocou-me o aspecto físico do doente, extremamente emagrecido, podíamos reconhecer todos os ossos do seu corpo, tinha a pele seca e os olhos encovados e sem brilho. O Senhor estava acompanhado pela família: esposa e duas filhas com cerca de 40 anos e um filho de 50 anos. Mantinham-se os cortinados da sua unidade de paciente corridos de forma a manter um espaço com a privacidade possível naquelas circunstâncias.

Foi referenciado à equipa de cuidados paliativos do hospital, composta por médico, enfermeiro e psicóloga, e equacionadas as acções paliativas adaptadas às suas necessidades.

Foram adoptadas medidas de conforto e controle da dor através de posicionamentos frequentes e perfusão de morfina. A ingestão de líquidos era assegurada por sonda nasogástrica. Sempre que lhe proporcionávamos algum momento de conforto o senhor agradecia...Era tocante sentir a capacidade de

quem vivenciando uma situação tão dramática como aquela, estando em fim de vida, mantinha a necessidade de agradecer a ajuda prestada.

Aquele homem estava na trajectória final da sua doença oncológica, no fim de vida, no entanto parecia que nem a família, nem os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestados queriam perceber isso. Não estavam preparados para aquela separação... Apesar da situação que estava a viver o senhor V tinha um fâcies sereno, “parecia estar preparado para deixar esta vida”.

É sempre difícil deixar partir aqueles que amamos, que fazem parte do nosso quotidiano, que nos acompanham para o bem e para o mal, que estão sempre presentes quando precisamos. Era isso que o Sr. V representava para os seus familiares. Eles não estavam preparados para a sua partida. Foi necessário recorrer a um discurso próprio neste contexto, com palavras como: “Temos que o deixar partir”, ou “Repare como está sereno, acho que está preparado, a vossa presença aqui deixa-o muito confortado”.... Devagar, foram percebendo a inevitabilidade da morte do Sr. V. Em certo momento uma das filhas referiu: “Sra. enfermeira finalmente percebi, é bom para o meu pai que eu aceite e o deixe ir, agora que chegou a sua hora...”. E chorou.

O senhor faleceu dois dias depois do internamento, de forma serena, sem dor e rodeado pela família.

Os profissionais confrontados com a mesma inevitabilidade reagiram de forma adaptada, cada um à sua maneira, mas sempre questionando porquê? Foram muitos meses de contacto com o doente, acompanhando a sua situação clínica, as pequenas vitórias e os muitos revés... A relação que se estabeleceu era forte e era difícil deixar o doente partir.

Estas situações são condicionadas pela forma como o profissional encara a sua posição de técnico e aquilo que considera ser a sua obrigação para com a melhoria do estado dos seus doentes.

Diz-nos Santos que os grandes pressupostos dos profissionais de saúde “são prevenir, curar e salvar vidas. Quando a morte ocorre é importante reflectir sobre a perda do paciente e quais as condutas e o impacto que o profissional sofreu no seu processo de formação e de vida” (2009, p.32)

Em última análise tudo isto tem que ver com a forma como encaramos a morte e a nossa própria mortalidade.

Sentimentos – Em que pensei e o que senti?

Pensei sobre: a inevitabilidade da morte; a necessidade de aceitar a nossa mortalidade; a necessidade de aceitar a morte do doente; a necessidade de instituir acções paliativas; a necessidade de prestar ajuda à família; o luto.

Senti: a perda; o sofrimento dos colegas que conheciam o doente há mais tempo do que eu, senti que as pessoas precisam de ajuda nestes momentos difíceis da vida.

Dado a minha experiência anterior e a adquirida ao longo deste estágio senti a capacidade e até mesmo a necessidade de apoiar, de ajudar aquela família.

Este é um momento de reflexão sobre uma situação vivenciada no contexto do acompanhamento de um doente e sua família na última etapa da trajetória da sua doença oncológica – fase terminal, sob ações paliativas: controle da dor através de medicação e cuidados de conforto. Rodeado pela família na cama do hospital, este homem aguardava a última etapa da sua vida – A MORTE.

É este o grande tema desta reflexão.

Conversando de forma informal com os enfermeiros do serviço, percebi que a morte do doente é sempre um momento difícil de ultrapassar porque se estabelece relação com aquela pessoa e sua família ao longo do processo de doença que pode prolongar-se por dias, meses ou anos...Pode doer perder um doente.

É assumido e natural que os profissionais e saúde possuam sentimentos e emoções relativamente aos seus doentes e familiares. No entanto um dos aspectos menos abordados nesta área temática dos cuidados paliativos/ morte do doente, são as emoções que os mesmos provocam nos profissionais de saúde e que podem condicionar sofrimento e os cuidados prestados às pessoas em fim de vida e suas famílias.

O enfermeiro tem sem dúvida um papel fundamental no acompanhamento destas situações, pois ele encontra-se vinte e quatro horas por dia junto dos seus doentes. Para os enfermeiros é igualmente importante cuidar na vida e na morte.

Segundo Henderson “ ...a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo doente... para a sua recuperação ou para uma morte serena...” (2007, p.3)

Por tudo isto sinto que é importante reflectir sobre estas questões, individualmente e em grupo, com os nossos pares.

A prática oferece um manancial de experiências que sujeitas a uma prática reflexiva podem consciencializar-nos das nossas dificuldades e ao mesmo tempo concretizar aprendizagens muito importantes para o nosso crescimento profissional e pessoal.

Reflectindo, podemos assumir que estas dificuldades estão relacionadas com algo que muitos de nós tem dificuldade em aceitar, a Morte. Para muitos de nós a morte não é encarada como a última etapa da vida, mas sim como uma inimiga que com a sua imponente silhueta negra nos oprime e aterroriza. Só mostra a fragilidade da Vida, é como luz que se apaga de repente e na hora menos pensada.

Este é um sentimento alargado a grande parte da população. Diz-nos Santos que “a sociedade ocidental apresenta um sintoma de uma séria doença, a negação da morte, que se não for tratada com o arsenal terapêutico da educação plural e interdisciplinar certamente ficará, brevemente, fora de possibilidades de cura”. (2009, p.1)

Do ponto de vista das pessoas, “a morte é a consagração, o terror ou simplesmente, o fim da vida e, portanto, acompanha o homem em todo o seu desenvolvimento pessoal. Alguns procuram vencê-la e quando isso não é possível, tentam explicá-la”. Schliemann in Santos (2009, p.32)

Santos (2009) analisando este cenário diz que hoje em dia a temática da morte vem atraindo cada vez mais a atenção dos profissionais de saúde. Esta sensibilização é mais forte ao nível dos enfermeiros. A vivência diária com a morte dos seus doentes pode estar no cerne desta constatação. Os profissionais têm que se preparar emocionalmente para lidar com a morte dos seus doentes, para poderem ajudar quer o doente na fase final da sua vida, quer a sua família em processo de luto. A humanização do cuidar é fundamental, sobretudo diante da morte.

Faz parte do quotidiano dos profissionais de saúde comunicar más notícias. Para os profissionais de saúde a pior das más notícias será comunicar a morte de um doente.

Existe ainda hoje nas nossas escolas uma insipiente abordagem desta temática o que leva a uma deficiente preparação técnica e emocional dos enfermeiros na abordagem de temas ou assuntos relacionados com a morte e o morrer.

Da interacção diária que o enfermeiro estabelece com o doente e sua família, nasce relação. O tempo de interacção é muito importante ao nível do grau de conhecimento que se obtém da dinâmica da família e do conhecimento da história de vida do doente. Se o tempo de contacto for curto, não é possível estabelecer uma relação de confiança eficaz que leva a um conhecimento da família que nos permita estruturar o processo de informação de forma sustentada. Como podemos dar a má notícia (morte do doente), diminuindo ao mínimo o choque, o sofrimento.

Estes momentos são difíceis, chocam as famílias e os profissionais envolvidos. A pessoa/profissional tem que gerir sentimentos e regras de actuação perante este drama, coloca à prova as suas competências perante tal situação. Embora sejam momentos difíceis para nós profissionais e para as famílias, não podemos evitá-los e correr o risco de não informar as famílias e de as acompanhar neste processo.

O caminho do conhecimento sobre as atitudes a ter pode ser sinuoso, difícil, mas tem que ser realizado, individualmente ou em equipa. Só assim podemos

ajudar as pessoas de forma holística. Como nos diz o poeta António Machado “Caminhante não há caminho, faz-se caminho a caminhar”.

O conhecimento que temos sobre determinado assunto, não é estático mas sim dinâmico. Cada vez que a situação se repete é só em parte - a Morte de uma Pessoa e o sofrimento da família. Há muitas variantes. A história de vida de cada família difere, as pessoas são diferentes na forma de estar na Vida/Morte e de gerir a má notícia.

Avaliação – O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Esta experiência do meu percurso formativo, proporcionou mais um momento de aprendizagem importante.

Foi muito positivo observar o trabalho da equipa multidisciplinar na comunicação da má notícia: não havia mais nada que pudéssemos fazer a nível clínico, a cura da doença era impossível no entanto é sempre imperativo continuar a cuidar, para minorar o sofrimento físico e emocional do doente e da família. Todos os profissionais estiveram implicados de uma forma eficaz. A equipa de cuidados paliativos agiu em conformidade descriminando as acções paliativas indicadas para a situação do doente.

Foi gratificante a minha interacção com o doente e sua família permitindo ajudar a tornar menos dolorosa esta situação a nível físico para o doente e a nível emocional para a família do senhor V. A escuta activa dos seus medos, esclarecimento de dúvidas, os silêncios respeitados, a presença, a disponibilidade...Lembro que o entendimento da inevitabilidade da morte é o início do luto para estas famílias.

Esta situação de cuidados trouxe recompensas pessoais e profissionais. Permitiu-me sentir como membro da equipa prestadora de cuidados. Foi importante contactar com a equipa de cuidados paliativos o que na minha prática diária normalmente não acontece, visto que os doentes tratados na UCI se encontram normalmente na fase mais inicial da doença oncológica - o tratamento cirúrgico. A fase de cronicidade é acompanhada na enfermaria de neurocirurgia.

Foi importante conversar com os colegas sobre esta situação em concreto e perceber os seus receios e inquietações. Perceber que a perda do doente **toca** o enfermeiro. É o ponto de partida para individualmente ou em grupo com os seus pares desenvolverem estratégias para minorar o sofrimento: escuta activa, apoio psicológico, formação, sessões de brainstorming. Podem ajudar a perceber quais as dificuldades e trabalhar estratégias para as ultrapassar.

Análise – Que sentido posso retirar da situação?

Um dos aspectos mais importantes para mim neste episódio tem a ver com o facto de perceber claramente que o enfermeiro está presente na equipa multidisciplinar em todos os cenários de prestação de cuidados e também ao nível dos cuidados paliativos pois em contexto hospitalar o enfermeiro está ao lado do doente 24 horas por dia.

O papel do enfermeiro tem a ver com a identificação das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, possibilitando o cuidado global ao doente em fase terminal.

O enfermeiro dá especial atenção à abordagem da morte, ao controle da dor e outros sintomas, à comunicação, à relação terapêutica e à família-doente como unidade de cuidado.

Enquanto há vida, existe a necessidade de cuidar, do cuidado de enfermagem único e dirigido às necessidades específicas da pessoa.

O enfermeiro tem que estar muito atento, escutar, compreender, identificar necessidades e então planear as acções.

A actuação da equipa de saúde é indispensável para proporcionar o máximo conforto ao doente que necessita de acções paliativas no tempo que lhe resta de vida. Devemos ajudar a pessoa a ter qualidade de vida quando lhe falta quantidade.

Lembro que os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Diferenciam-se das acções paliativas, que são entendidas como “qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou domicílio as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” PNCP (2004-2010)

Aprendemos com o doente oncológico e sua família, diariamente. Ao cuidarmos destas pessoas em fim de vida somos recompensados com sentimento, com conhecimento; aprendemos o sentido da vida e da morte.

Diz-nos Santos “no fundo, a morte sempre se aproxima das pessoas, especula, aprende! Gosta de um sombrio entardecer, mas também aprecia um belo amanhecer. É bom ouvir as histórias que a morte conta. Aprender com as histórias permite-nos repensar o nosso final. Toda a história tem um final. A nossa experiencia humana terá um final”. (2009, p.96)

Acompanhar as pessoas em final de vida trás sempre aprendizagem e lições de vida a reter. Temos que entender e aceitar a morte. Este facto é muito importante e diminui o sofrimento quando chegar o momento. Há autores que estudam estes assuntos e que com as suas constatações ou afirmações podem ajudar as pessoas a tirar sentido da vida e da morte. Por exemplo Kubler-Ross (1991) diz-nos que “a morte nada mais é do que o abandono do corpo físico, assim como a borboleta abandona o casulo”.

Conclusão – Que mais poderia ter feito?

A consciencialização de situações de cuidados que requerem actuação ao nível das emoções torna-se por vezes difícil. Põe à prova as nossas capacidades como pessoa e profissional.

A consciencialização da perda do doente é das coisas mais difíceis para os profissionais de saúde treinados para a cura.

A possibilidade de dar continuidade à vida com qualidade é sempre o cenário mais cobiçado por médicos e enfermeiros.

No entanto, por vezes, a derrota surge. Somos confrontados com a necessidade de aceitar estas realidades: a inevitabilidade das acções paliativas, a morte do doente, o sofrimento da família e dos profissionais que os rodeiam.

Mas podemos sempre AJUDAR, CUIDAR.

A escuta, a presença e a disponibilidade dispensada podem fazer a diferença nestes momentos. Toda a ajuda, todo o cuidado, que podemos disponibilizar são importantes para as pessoas que precisam deles.

Collière diz-nos que a razão de ser dos cuidados “é acompanhar, confortar, tudo o que permite existir. Haja tratamento ou já não, os cuidados de acompanhamento de fim de vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis”. (2003, p.185)

A reflexão sobre estes acontecimentos é sempre importante para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro nas suas práticas diárias.

Dado o percurso realizado neste estágio, nomeadamente na observação das estratégias utilizadas para a comunicação de más notícias na consulta de cirurgia e a vivência de variadas situações, considero que adquiri competências nesta área de cuidados.

Planear a acção – Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que melhor conhecem as necessidades dos seus doentes e famílias, pois em contexto hospitalar acompanham as várias fases da trajectória da doença oncológica ao longo de muitos meses ou mesmo anos.

Perante tal constatação estes profissionais devem estar preparados para estruturar um plano de cuidados adaptado a estas situações de cuidados como a que descrevi.

É importante equacionar alguns pressupostos:

- Preparar o acolhimento do doente e da sua família. Relativamente ao espaço físico proporcionar o máximo de conforto, ambiente calmo, seguro e privacidade. Promover a presença da família junto do doente durante o tempo que esta desejar.

- De acordo com a equipa multidisciplinar equacionar as acções paliativas indicadas para minimizar o sofrimento do doente em fim de vida.
- Proporcionar o apoio necessário à família para que esta inicie a sua fase de luto o mais naturalmente possível e com menor sofrimento.
- Acompanhar, escutar, apoiar os colegas com dificuldades emocionais nestas situações de cuidados.
- Promover acções de formação estruturadas de encontro às necessidades dos profissionais para que possam desenvolver competências nesta área dos cuidados.

Ao acompanhar as pessoas em fim de vida há imagens que ficam, que nos transportam para realidades por vezes envoltas em sombras, que nos obrigam a pensar. Como afirma o Dalai Lama, “ao reflectir sobre a morte e ao estar constantemente consciente dela, a vida adquire um sentido pleno”.

Bibliografia

Collière, M-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-53-3. p.185;

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-00-0. p.3;

Kubler-Ross, E. (1991). *A morte: um amanhecer*. Pensamento. Rio de Janeiro;

Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004-2010). <http://www.Min-saude.pt/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>, acedido em 08 Janeiro de 2012;

Santos, F.S. (2009). *Cuidados Paliativos: discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. Atheneu. São Paulo. ISBN: 978-85-388-0055-2. pp.1,32,96.

Apêndice E

Questionário - Diagnóstico de situação

Diagnóstico de situação-Questionário

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Opção Enfermagem Oncológica, estou a realizar a 3ª fase do Estágio, no sentido de adquirir competências teórico-práticas na área da “Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico e sua Família em contexto hospitalar/ Unidade de Cuidados Intensivos”.

Comunicar más notícias é uma realidade da nossa prática diária nesta Unidade de Cuidados (NC-UCI). À prática dos cuidados de enfermagem, desejo aliar o conhecimento científico sobre as estratégias a utilizar neste contexto, daí o meu interesse em realizar um percurso académico que permita desenvolver competências nesta área de cuidados.

Comunicar más notícias é um dos momentos mais complexos para os profissionais de saúde. É difícil encontrar uma definição de má notícia que reflecta todas as situações inseridas neste contexto. Para Buckman (1992) má notícia é “toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva de futuro”.

Ao comunicar uma má notícia ao doente e sua família há questões que se impõem: Quem comunica? O que dizer? A quem dizer? Como dizer? Quando dizer?

É importante desenvolver estratégias para a comunicação de más notícias tornando este processo eficaz, minimizando o sofrimento do doente e sua família e constrangimentos aos profissionais envolvidos.

Este questionário pretende identificar as principais dificuldades dos enfermeiros desta Unidade nos momentos de comunicação de más notícias ao Doente e sua Família.

Solicito e agradeço a sua disponibilidade para responder a este instrumento de recolha de dados, garantindo naturalmente a confidencialidade da informação obtida.

Lisboa, Janeiro de 2012

Rosário Coelho

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

1.1 IDADE

1.2 GÉNERO

Feminino

Masculino

1.3 GRAU ACADÊMICO

Bacharelato

Licenciatura

Especialidade

1.4 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Inferior a 1 ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 20 anos

Superior a 20 anos

1.5 TEMPO DE SERVIÇO NA NC - UCI

Inferior a 1 ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 20 anos

Superior a 20 anos

2. O ENFERMEIRO E A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA

2.1 De acordo com a sua percepção o que constitui uma má notícia para o Doente/Família em contexto da UCI?

2.2 Considera que o enfermeiro comunica más notícias ao Doente/Família em contexto da UCI? Exemplifique.

2.3 No momento em que comunica uma má notícia ao Doente/Família em contexto da UCI sente dificuldades? Quais?

2.4 Já frequentou alguma formação na área da Comunicação de más notícias?

Sim

Não

2.5 Que estratégias gostaria de ver desenvolvidas, para melhorar o processo de comunicação de más notícias ao Doente/Famílias em contexto UCI?

3. Sugestões sobre a área temática

Apêndice F

Cartaz de divulgação da Formação em serviço

Formação

“Comunicação de más notícias ao Doente e sua Família em contexto hospitalar/UCI”

Local: Cento de Formação

Data: 08 Fevereiro 2012

Hora: 15 horas

Formador: Rosário Coelho (Aluna Especialidade EMC-O, ESEL)

OBJECTIVOS:

- Dar a conhecer os resultados obtidos, relativamente ao diagnóstico de situação, após análise dos questionários aplicados no serviço
- Reflectir com a equipa de enfermagem sobre as estratégias para a “Comunicação das más notícias ao Doente/Família na UCI”
- Iniciar o processo de Formação em serviço nesta área de cuidados, numa lógica de melhoria contínua dos Cuidados de Enfermagem

Apêndice G

Plano da sessão de formação

PLANO DA SESSÃO

Tema: “Comunicação de más notícias ao Doente/Família no contexto hospitalar/UCI

Dia: 08 Fevereiro 2012

Local: Centro de Formação

Hora: 15 horas

Etapas	Conteúdos	Estratégias
<p>Introdução</p> <p>10'</p>	<p>Justificação do tema</p> <p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conhecer os resultados obtidos, relativamente ao diagnóstico de situação -Reflectir com a equipa sobre estratégias para comunicação de más notícias - Planear com a equipa, formação em serviço nesta área de cuidados numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados 	<p>Método expositivo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p>
<p>Desenvolvimento</p> <p>20'</p>	<p>-A prática de enfermagem e a problemática: “comunicação de más notícias”</p> <p>-Apresentação dos resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros da NC-UCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepção dos enfermeiros sobre má notícia para o doente/família • Os enfermeiros comunicam más notícias • Dificuldades dos enfermeiros no momento da comunicação da má notícia <p>-Apontamentos teóricos sobre o tema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias...Protocolo de Buckman 	<p>Método expositivo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p> <p>Método participativo</p> <p>Partilha de experiencias</p> <p>Suporte papel dos diapositivos apresentados na sessão</p>
<p>Conclusão</p> <p>Avaliação</p> <p>10'</p>	<p>Síntese das principais estratégias a utilizar na comunicação de más notícias</p>	<p>Percepção de dúvidas</p> <p>Apresentar disponibilidade para responder a questões</p> <p>Partilha de experiencias</p>

Apêndice H

Reflexão nº 3

REFLEXÃO Nº3

Na presente reflexão vou descrever uma situação vivenciada no decorrer do Estágio realizado no Serviço Neurocirurgia - UCI, no período que decorreu de 03 de Dezembro de 2011 a 17 de Janeiro 2012.

Realizo uma reflexão sistematizada de acordo com o processo reflexivo do Ciclo de Gibbs, em 6 etapas.

Descrição - O que aconteceu?

A situação que acompanhei no decurso deste estágio e que me mereceu este momento reflexivo tem que ver com o falecimento de dois doentes no mesmo dia e sensivelmente à mesma hora.

O Sr. P de 39 anos, casado, com um filho menor. O Sr. P tem doença oncológica há 6 anos, glioblastoma. Foi operado no meu serviço pela primeira vez em 2006, tendo sido submetido a remoção subtotal do tumor, posteriormente submetido a radioterapia e quimioterapia. Regressou no final do mês de Dezembro de 2011 na fase final da trajectória da sua doença por convulsões e hidrocefalia, foi colocada uma Drenagem Ventricular Externa, tinha um score de 10 na Escala de Comas de Glasgow e necessidade de ventilação controlada.

O Sr. C, 72 anos, casado e sem filhos, foi vítima de atropelamento enquanto passeava com o seu cão. O doente chegou ao serviço com o diagnóstico de traumatismo craniano grave, em score 6 na Escala de Comas de Glasgow.

A trajectória destes doentes no serviço é muito diferente. O Sr. P, neste segundo internamento, já está há dois meses no serviço, é acompanhado diariamente pela esposa durante longos períodos. Isto permitiu estabelecer uma relação de proximidade, cumplicidade e de confiança com a equipa de enfermagem. Na sua unidade de paciente foram colocadas várias fotos do seu filho de 3 anos e de familiares e amigos significativos. Estas fotos constituem o elemento de ligação daquela pessoa com a sua família...a realidade, história de vida, e a forma de os enfermeiros o conhecerem um pouco.

O Sr. C está no serviço há 5 dias, a esposa da mesma idade tem dificuldade física em deslocar-se ao serviço para visitar o marido e está debilitada emocionalmente. Tem que vir sempre acompanhada por uma amiga do casal. Mais tarde uma sobrinha contactou connosco e tomou o controlo da situação nomeadamente para receber as informações clínicas do Sr. C.

Embora diferentes no diagnóstico e no percurso de internamento, o culminar destas duas situações de cuidados foi a mesma – a morte cerebral.

Sentimentos – Em que pensei e o que senti?

Esta situação de cuidados foi especialmente difícil pela multiplicidade de sentimentos e emoções envolvidas no processo.

No primeiro momento, a comunicação da má notícia (morte cerebral dos dois doentes) envolveu a equipa multidisciplinar, enfermeiro e médico. Mais uma vez verifiquei que este é um momento que evidencia que o conhecimento teórico inerente à comunicação da má notícia requer treino, sensibilidade e perícia e é na prática que isto se pode alcançar. Benner afirma que “as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus pacientes e as suas famílias” (2001, p.13)

Tínhamos duas famílias em sofrimento, diferentes na forma de sentir e reagir à situação. Para além disso o sentimento de impotência perante a perda de dois doentes ao mesmo tempo é muito penoso. Após o empenho e dedicação diária para manter a vida das pessoas ter que assumir que não podemos continuar a mantê-la, que ela escapa a cada momento, que não o podemos evitar, que a morte chega ...É doloroso, porque a morte “traz sofrimento: os sintomas, a família, os amigos e em boa parte das vezes a solidão.” (Penha, 2009, como citado em Santos, 2009, p.91)

O acompanhamento diário do doente e sua família leva-nos a estabelecer relação, a conhecer as pessoas, a perceber as suas necessidades e antever como será a reacção da família ou pessoa de referência numa situação de morte do doente. Como nos diz Collière “apreender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-los em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação” (2003, p.159).

Sabíamos que o Sr. P tinha uma família unida e preocupada que poderia dar apoio à esposa nesta fase sempre inesperada e difícil. O nosso conhecimento da família do Sr. C era escasso. Apenas conhecíamos a esposa e uma sobrinha.

Mas perante aquelas famílias em sofrimento só pensei que era importante operacionalizar as medidas ao alcance da equipa e ajudar as pessoas naquele momento tão difícil das suas vidas. Com a equipa médica foram equacionadas todas as formas de ajudar e tornar aqueles momentos mais suportáveis.

Fui confrontada com duas realidades diferentes perante a situação de morte do doente. A esposa do Sr. P apesar de saber que o marido se encontrava numa fase terminal da doença teve muita dificuldade em aceitar a informação o que desencadeou um rol de momentos difíceis, constrangedores também para todos os cuidadores envolvidos. A família foi informada da situação de morte cerebral e um grande número de pessoas acorreram ao serviço para se despedirem do Sr. P...Foi difícil mas ao mesmo tempo enriquecedor assistir a esses momentos de grande emotividade e carinho, demonstrados por todos para com a esposa do doente. Verificamos que a senhora não estava só, tinha

apoio de pessoas que se preocupavam com ela, também foi importante perceber isso. A equipa ficou mais confiante em que a esposa iria ultrapassar essa fase com o apoio de todos.

A esposa do Sr. C aceitou de forma mais serena a notícia. Referiu que não precisava de ajuda. Não permaneceu no serviço, foi para casa acompanhada pela sobrinha que assumiu o controlo da situação.

Avaliação – O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Esta experiência do meu percurso formativo foi importante porque permitiu observar o trabalho da equipa multidisciplinar na comunicação da má notícia.

A importância de acompanhar e dar apoio à família durante e após a comunicação da má notícia ficou demonstrada. Os enfermeiros fazem uso das suas habilidades profissionais para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentada, por vezes, por quem recebe a má notícia.

Os enfermeiros têm que cuidar também as famílias dos doentes. Como nos diz Collière "as famílias que os prestadores de cuidados tantas vezes têm que acompanhar nas suas dificuldades..., no seu sofrimento, em determinadas passagens difíceis...nos momentos de crise" (2003, p.189).

Para colmatar dificuldades no momento de comunicar más notícias surge um instrumento de trabalho que serve de guia para a dar este tipo de informação ou seja o protocolo de Buckman (2005). As suas seis etapas (SPIKES) agilizam e resolvem algumas dificuldades como por exemplo: o onde? Como? A quem? E quando? Dar a má notícia. Sendo que a sua quinta etapa pressupõe a expressão e validação de sentimentos e conseqüente apoio emocional.

Este processo é no entanto um processo dinâmico e este guia orientador é apenas isso. O nosso conhecimento do doente e da sua família é que irá determinar a forma de dar a má notícia e posterior apoio. Foi isso que a equipa se esforçou por concretizar.

Estando junto das pessoas, escutando "procurando o que procuram comunicar, torna-se possível aprender o que tem que ser acompanhado..., compensado..." (Collière, 2003, p.137)

Análise – Que sentido posso retirar da situação?

Esta não foi a primeira vez que ocorreu no serviço o falecimento de dois doentes ao mesmo tempo. Mas desta vez, talvez porque agora possuo novas lentes para ver o acontecimento, tudo foi vivenciado com mais intensidade, olhado com minúcia e analisado com dinamismo. Tentei tirar o máximo de aprendizagem pessoal e envolver a equipa neste processo.

Foi um momento de adicionar Saberes..."todo o saber parte das realidades da vida...elaborar saberes significativos e utilizáveis para cuidar não passa sem exigências". (Collière, 2003,p.136)

Conclusão – Que mais poderia ter feito?

A perda do doente é para os profissionais de saúde mais vocacionados para a cura, uma situação sempre difícil que os faz conviver com emoções e sentimentos nem sempre fáceis de vivenciar ou mesmo exteriorizar.

A minha intervenção no serviço, ao nível das estratégias de comunicação de más notícias, trouxe algum dinamismo a esta área dos cuidados de enfermagem.

As competências que desenvolvi ao longo do meu percurso formativo, foram essenciais para ajudar a equipa naquele momento. Tentando manter a serenidade, conversando, escutando, permitindo a exteriorização dos sentimentos (por vezes o choro) e dificuldades dos meus pares fez-me sentir que posso ajudar a minha equipa nestes momentos.

Os profissionais conseguiram exteriorizar os seus sentimentos e dificuldades. Foram momentos difíceis, mas passados em equipa.

Houve necessidade dos enfermeiros se ajudarem, se substituírem junto das famílias em sofrimento, com o intuito de minimizar o desgaste emocional das famílias e dos profissionais.

No final a equipa reflectiu sobre as dificuldades sentidas e sobre os aspectos facilitadores relativamente a esta situação de cuidados, sendo de referir que as atitudes escudadas nas linhas orientadoras emanadas da intervenção foram unanimemente compreendidas e utilizadas.

Os enfermeiros chegaram a referir: "ainda bem que temos estado a falar sobre a comunicação de más notícias e do apoio à família... porque esta situação foi muito desgastante, exigiu muito dinamismo da nossa parte, mas correu bem."

A observação e acompanhamento da situação trouxe-me mais conhecimento, "aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas é fonte incomensurável de saberes..." (Collière, 2003,p.158)

Planear a acção – Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que permanecem mais tempo junto do doente/família e que melhor conhecem as suas necessidades, pois em contexto hospitalar acompanham as várias fases da trajectória da doença ao longo de muitos dias, meses ou mesmo anos.

É da relação diária com os seus doentes e famílias que nasce o cuidado holístico.

Como nos diz Henderson "a avaliação das necessidades do doente exige... sensibilidade, conhecimento, julgamento...e um elevado grau de competência" além de que enquanto presta cuidados, "a enfermeira qualificada tem uma oportunidade de ouvir o doente...identificar-se com ele e com a sua família,

avaliar as suas necessidades e construir uma relação pessoal de ajuda para uma enfermagem mais eficaz” (2007, p.71)

A situação que ocorreu naquele dia é uma constante no meu serviço. Doentes em morte cerebral. Famílias em sofrimento.

Destas situações da prática diária, embora trágicas, surge sempre algum Saber Fazer...Tal como refere Benner (2001, p.35) ”as enfermeiras adquirem com o contacto com os familiares e os doentes todo um leque de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações mais extremas”.

Os enfermeiros têm que estar preparados para estruturar as suas actuações perante as várias situações de cuidados, sempre diferentes mas igualmente carentes da intervenção destes profissionais.

Por tudo isto uma intervenção formativa estruturada, continuada, monitorizada, tem que ser uma realidade no serviço onde presto cuidados.

Continuar a preparar e a acompanhar os profissionais na comunicação de más notícias e no apoio à família é uma prioridade tendo em conta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Bibliografia

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X. pp.13,35;

Buckman, R. A. (2005). *Breaking bad news: the SPIKES Strategy*. Community Oncology. March/April 2005. pp. 138-142;

Collière, M-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-53-3. pp.136,137,158,189;

Henderson,V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-00-0. p.71;

Santos,F.S. (2009). *Cuidados Paliativos: discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. Atheneu. São Paulo. ISBN: 978-85-388-0055-2. p.91

Apêndice I

Diapositivos da sessão de formação



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ONCOLOGIA



**CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
CENTRAL


COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI



Rosário Coelho

Orientadora
Professora Antónia Maria Espadinha

FEVEREIRO 2012



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI


Objectivos da sessão

Conhecer os resultados obtidos, relativamente ao diagnóstico de situação, após análise dos questionários aplicados no serviço NC1-UCI

Reflectir com a equipa de enfermagem sobre estratégias para a "Comunicação de más notícias ao Doente/Família na UCI"

Iniciar o processo de formação em serviço nesta área de cuidados numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem




 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Definir Má Notícia

Difícilmente se pode encontrar uma definição de má notícia que reflecta todas as situações inseridas neste contexto

"Má notícia é toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro"


Buckman(1992)

 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI


Percepção dos enfermeiros NC1-UCI

O que constitui uma má notícia para o doente/família em contexto UCI

Informação relacionada com o diagnóstico (42 respostas)	<ul style="list-style-type: none">• Morte cerebral• Risco de Vida• Alteração radical da vida quotidiana• Futuras limitações cognitivas e físicas
Informação relacionada com o tratamento (20 respostas)	<ul style="list-style-type: none">• Agravamento do estado clínico• Internamento prolongado• Insucesso terapêutico• Insucesso cirúrgico• Ausência de tratamento
Informação relacionada com o prognóstico (17 respostas)	<ul style="list-style-type: none">• Comunicação da morte do doente• Prognóstico reservado• Alteração das perspectivas de futuro

 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Má notícia na trajetória do Doente

A má notícia acompanha toda a trajetória do doente na UCI		Necessário Ajudar Cuidar em vários momentos
------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

"Cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida ..."

Collière (2003)

ESEL Associação de Enfermeiros de Portugal

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

O enfermeiro comunica más notícias ao Doente/Família

Referentes ao diagnóstico (38 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação morte cerebral com equipa médica • Confirma agravamento do estado neurológico • Confirma informação que vai contra as expectativas do doente/família
Referentes ao tratamento (25 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Presente 24h/dia, escuta activa, ajuda, prepara, esclarece duvidas • Aspectos relacionados com os cuidados de enfermagem • Confirma tratamento invasivo/cirurgia de urgência • Internamento prolongado
Referentes ao prognóstico (10 respostas)	<ul style="list-style-type: none"> • Confirma o prognóstico reservado • Comunica morte do doente

ESEL Associação de Enfermeiros de Portugal

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Motivos para informar o doente e família

- Código Deontológico dos Enfermeiros Artigo nº 84:
 “O enfermeiro assume o dever de: informar o doente e família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) atender com responsabilidade e respeito a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo individuo em matéria de cuidados de enfermagem”
- Carta dos Direitos e Deveres dos doentes, consagrada na Lei Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto):
 “Os doentes têm direito à informação sobre situação da sua saúde, esta informação deve ser prestada de forma clara (...)”

ESEL Associação de Enfermeiros de Portugal

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Dificuldades ...

O enfermeiro sente dificuldades quando comunica más notícias


Dificuldades


Pessoais:

- O que dizer, a quem, como, quando?
- Como ajudar após a Comunicação de má noticia
- Falta formação

Equipa:

- Articulação com a equipa médica/equipa multidisciplinar
- Suporte psicológico





 **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI**

Dificuldades na comunicação má notícia

Comunicar más notícias é dos momentos mais difíceis para os enfermeiros...

- Reacções emocionais e físicas do doente e família
- Dificuldade do profissional gerir os seus sentimentos (ansiedade, insegurança)




 **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI**

Comunicar más notícias implica:

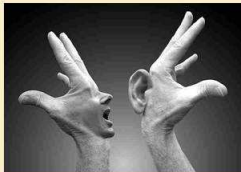
- Desenvolvimento das perícias de comunicação
- Observação/prática nesta área de cuidados
- Dar apoio emocional aos doentes e respectivas famílias identificando sentimentos, receios, angústias e ansiedade
Corney (2000)




 **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI**

Comunicar más notícias

- “Uma das tarefas mais difíceis como ser humano é ouvir as vozes dos que sofrem”
Frank (1995)
- “Não existe uma fórmula exacta para transmitir uma má notícia”
Sancho (2000)




 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Estratégias ...

- Buckman (1992) propõe um protocolo de 6 etapas para a transmissão de más notícias (SPIKES)


1. Prepara local adequado, atitudes cordiais, ter em conta o contexto e quem deve estar presente. (S)
2. Descobrir quanto o doente sabe sobre a sua doença. (P)
3. Descobrir quanto o doente quer saber. (I)
4. Transmitir a informação de forma gradual, utilizando linguagem clara. (K)
5. Responder empaticamente às emoções manifestadas, responder às questões do doente. (E)
6. Planear e combinar o acompanhamento posterior. (S)

S - Setting
 P - Perception
 I - Invitation
 K - Knowledge
 E - Emotions
 S - Strategy and Summary

 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Estratégias ...

- O Protocolo de Buckman permite percorrer todo o processo de informação ao doente e família
- As seis etapas devem ser seguidas da primeira à sexta, por ordem, sem passar de uma para a outra sem que a anterior esteja terminada, com o ritmo indicado pelo doente/família

 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Implicações para a prática

Prática de cuidados

Reflexão crítica sobre a prática relativamente à necessidade de desenvolver habilidades comunicacionais específicas para a transmissão de más notícias

Reflectir sobre a comunicação de más notícias como um processo contínuo e um acto multidisciplinar

Implementação de estratégias de comunicação de más notícias num contexto de boas práticas

Formação


Investimento na formação prática/teórica dos enfermeiros leva à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e sua família ao longo da trajectória da sua doença

 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI





“Enfermagem é algo que se faz com a cabeça, o coração e as mãos”
Virginia Henderson

 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO DOENTE/FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR/UCI

Bibliografia

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

Colliere, M-F. (2003) *Cuidar ... A primeira arte da vida*. Lusociência. Loures. ISBN:972-8383-53-3;

Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. 2ª ed. CLIMEPSI Editores. Lisboa ISBN:972-95908-2-6;

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta. Loures. ISBN 978-989-8075-00-0;

Sancho, M.G. (2000) *Como dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Aran Ediciones. ISBN: 84-867725-39-9.

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação dos estágios

Avaliação do estágio realizado na Unidade

Discente – Maria do Rosário Coelho

Docente – Professora Antónia Maria Espadinha

Enfermeira Orientadora –

Foi com satisfação que a equipa de enfermagem da Unidade de recebeu a Enfª Mª do Rosário, não só devido às suas características pessoais mas também devido à temática do seu projeto de estágio – Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico/Família em Contexto Hospitalar.

Desde o início do estágio revelou ser uma pessoa competente, com alargada experiência na prestação de cuidados, com saber estar e fazer, disponível para ensinar e aprender.

A problemática que desenvolveu no projeto de estágio e a forma como a expôs à equipa ao longo dos turnos que realizou foi muito pertinente uma vez que no serviço o enfermeiro tem um papel muito presente na transmissão de más notícias ao doente e família.

Ajudou a equipa a adquirir uma base teórica (através de um dossier e partilha de experiências) e a consciencializar-se do seu papel em todo o processo bem como da melhor forma de o desempenhar.

Os objetivos traçados foram atingidos, pelo que considero que teve uma excelente prestação durante o estágio.

Agradeço à Enfª Rosário a sua curta passagem pela unidade e aguardo pelo seu regresso, desta vez como perita na Comunicação de Más Notícias ao Doente Oncológico e Família, de forma a melhorar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem no serviço.

A Enfermeira Orientadora

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO SOMATIVA

JANEIRO DE 2012

O presente documento de avaliação somativa é referente ao ensino clínico, realizado na área da vertente Oncológica, pela Enfermeira Maria do Rosário Silva Grosso Coelho, no Serviço de Cirurgia do Hospital de São João, com a carga horária de 134 horas, no período de 7 de Novembro a 9 de Dezembro, e para o qual foram traçados, pela discente, os seguintes objectivos:

- Integrar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados ao doente oncológico/família nas várias fases da trajectória da sua doença;
- Contactar com o doente oncológico acordado e consciente que possa partilhar informação/sentimentos acerca da vivência da sua doença oncológica;
- Contactar com o doente oncológico e sua família nas várias fases da sua doença oncológica;
- Identificar estratégias de transmissão de más notícias observando a actuação da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver estratégias de transmissão de más notícias ao doente e família no contexto de um serviço de cirurgia;

Numa fase inicial a realização do estágio consistiu na observação e integração à equipa de enfermagem e no planeamento de estratégias para atingir os objectivos propostos.

No internamento foi realizado pela Enfermeira Maria Rosário Coelho a prestação de cuidados ao doente oncológico e sua família, em todas as suas necessidades através da prestação de cuidados directos, apoio emocional, utilizando a escuta activa desenvolvendo com doente e sua família uma relação terapêutica e empática, sendo esta reconhecida como enfermeira de referência no cuidado ao doente/família.

Relativamente ao objectivo traçado na identificação e desenvolvimento de estratégias através da observação da actuação da equipa multidisciplinar, foi concretizado no acompanhamento da equipa multidisciplinar, pertencente ao núcleo da patologia da mama. Este acompanhamento foi realizado desde a Consulta Externa onde era comunicado pelo Médico, o diagnóstico, o tratamento, resultados de exames considerados como “comunicação de más notícias”, consulta esta acompanhada pela Enfermeira e Psicóloga, até ao internamento. Esta equipa multidisciplinar apresentava formação específica na área de comunicação de más notícias, sendo possível identificar várias estratégias na consulta, à qual a Enfermeira Maria Rosário Coelho se integrou plenamente, sendo reconhecida no seu envolvimento, pelos doentes e família no internamento.

Foi desenvolvido pela Enfermeira a apresentação do seu Projecto Estágio, no qual deu a conhecer à equipa de enfermagem as várias definições que envolvem o tema e estratégias de transmissão na comunicação de más notícias, segundo a pesquisa bibliográfica. Foi igualmente fornecido ao serviço um dossier com a recolha bibliográfica realizada.

O presente Estágio teve um contributo formativo e pedagógico importante para Serviço de Cirurgia.

Concluo referindo que a Enfermeira Maria Rosário Coelho desenvolveu um estágio Muito Bom, por ter atingido os objectivos a que se propôs demonstrando apresentar características pessoais e profissionais excelentes para o desenvolvimento de competências nesta área.

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Avaliação de Estágio

Discente: Maria do Rosário Grosso Coelho

Local: – Neurocirurgia UCI

Duração: 175 h

Data: 03 Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012

A Sr^a Enf^a Rosário Coelho durante a realização do estágio desenvolveu acções pertinentes e relevantes dando consecução aos objectivos a que se propôs, no seu Projecto de Intervenção no serviço - Comunicação de Más Notícias ao Doente/ Família em contexto Hospitalar/UCI.

Integrou a equipa e partilhou os momentos de comunicação de más notícias ao doente /família;

Prestou cuidados ao doente oncológico/TCE e sua família;

Realizou escuta activa junto da equipa de enfermagem percebendo as dificuldades da mesma, intervindo sempre que necessário, junto da equipa, quando esta se sente mais frágil na comunicação de más notícias;

Observou, analisou e registou situações de comunicação de más notícias;

Aplicou estratégias de transmissão de más notícias no seio da equipa multidisciplinar;

Realizou uma reflexão estruturada;

Realizou pesquisa bibliográfica;

Realizou diagnóstico de situação através da aplicação de questionários à equipa de enfermagem de forma a identificar as dificuldades sentidas pela equipa na comunicação de más notícias, bem como que estratégias a utilizar;

Analisou os dados obtidos através dos questionários respeitando a confidencialidade das respostas;

Apresentou as conclusões obtidas à equipa enfermagem/multidisciplinar em quatro sessões de formação;

Contactou equipa de psicólogos do Hospital de S. José para uma formação conjunta sobre comunicação de más notícias à equipa de enfermagem/multidisciplinar.

Por tudo o que foi acima descrito considero o desempenho da Sr^a Enf^ª Rosário Coelho durante a realização do estágio como Muito Bom.

Lisboa 15 de Fevereiro de 2012