



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**A TRANSMISSÃO DE MÁZ NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DO
ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Raquel Alexandra Rodrigues Ribeiro

LISBOA, Julho de 2013



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATOLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**A TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DO
ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Raquel Alexandra Rodrigues Ribeiro

Sob orientação de Professor Doutor José Carlos Bermejo
e co-orientação de Mestre Helena Salazar

LISBOA, Julho de 2013

“Todas as palavras são inúteis, se não brotam do nosso íntimo.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Em qualquer actividade do ser humano é impossível não comunicar e no campo das Ciências Sociais e Humanas na qual a Enfermagem se insere, tal actividade assume uma importância fulcral sendo esperado que a mesma exigência que é aplicada ao controlo sintomático o seja também na vertente da comunicação e, em particular, na transmissão de más notícias.

As pesquisas efectuadas permitem indicar que a comunicação de más notícias pelos enfermeiros tem sido uma área pouco explorada em termos investigacionais o que justifica a relevância do estudo. Assim sendo, o objectivo central desta pesquisa foi explorar o impacto que a transmissão de uma má notícia exerce no enfermeiro.

A investigação é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória sendo os enfermeiros prestadores de cuidados directos ao doente do serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz, a população-alvo. A amostra populacional (não probabilística) é constituída por dez enfermeiros.

Atendendo aos objectivos do trabalho considerou-se pertinente recorrer à entrevista parcialmente estruturada para a recolha dos dados tendo esta sido organizada segundo o modelo de comunicação de Buckman e a revisão bibliográfica efectuada.

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para o tratamento dos dados.

Os resultados obtidos permitem concluir que existe uma diversidade de sentimentos vividos pelo enfermeiro durante o processo de transmissão de más notícias sendo a impotência o mais referido seguido da impaciência e da frustração.

Ao assistir ao sofrimento e à dor das famílias o enfermeiro refere sentir pena, não querendo revesti-la de negatividade, mas sim no sentido de compreensão de que aquele doente e aquela família atravessam um período conturbado e merecem toda a atenção e ajuda.

O contacto com os restantes membros da equipa é estruturado procurando uma partilha de objectivos comuns e dando sentido à definição de trabalho em equipa.

Palavras-chave: Impacto; Comunicação; Má-notícia; Enfermeiro

ABSTRACT

In any activity of man is impossible not to communicate and in the field of Social Sciences and Humanities in which nursing takes place, such activity is of great importance and it is expected that the same requirement that is applied to the symptomatic control is also the aspect of communication and, in particular, in the transmission of bad news.

The research carried out indicate that enable the communication of bad news by nurses has been a little explored area in terms investigational justifying the relevance of the study. Therefore, the aim of this research was to explore the impact that the transmission of bad news has on nurses.

The research is a qualitative, descriptive and exploratory nurses and carers direct service to the patient's Medical Hospital Egas Moniz, the target population. The population sample (non-probability) is represented by ten nurses.

Given the objectives of the work it was considered appropriate to resort to partially structured interviews to collect data the latter has been organized according to the communication model Buckman and literature review performed.

The content analysis technique was used for data processing.

The results indicate that there is a diversity of feelings experienced by nurses during the process of breaking bad news being referred to as impotence followed by impatience and frustration.

When watching the suffering and pain of the families the nurse refers pity, not wanting to cover it with negativity, but in the sense of understanding that that ill and that family going through a difficult period and deserve all the attention and help.

The contact with the other members of the team is looking for a structured sharing common goals and giving meaning to the definition of teamwork.

Keywords: Impact; Communication; Bad-news; Nurse

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Bermejo e à Mestre Helena Salazar por me fazerem acreditar que o esforço, a dedicação e a seriedade sempre conduzem a uma recompensa.

À Professora Doutora Zaida Charepe pela ajuda genuína.

A todos aqueles que estimam a palavra tanto quanto a acção.

Aos meus pais, pelo maravilhoso porto de abrigo.

A ti...simplesmente...porque sim.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIME – Alto-Comissariado para a imigração e minorias étnicas

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FGV – Fundação Getulio Vargas

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
-------------------------	-----------

PARTE I. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I. OS CUIDADOS PALIATIVOS	25
-------------------------------------------------	-----------

1.1. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos	25
-----------------------------------------------------------	----

1.2. Intervenção do enfermeiro em Cuidados Paliativos	28
-------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO II. A COMUNICAÇÃO	33
-----------------------------------------	-----------

2.1. Competências básicas de comunicação	35
------------------------------------------------	----

2.2. Estratégias para uma comunicação eficaz	38
----------------------------------------------------	----

CAPÍTULO III. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE	43
-------------------------------------------------------------------	-----------

3.1. A má notícia.....	43
------------------------	----

3.2. Protocolo de comunicação de más notícias	45
-----------------------------------------------------	----

3.3. A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro.....	49
----------------------------------------------------------------------	----

PARTE II. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO IV. PERCURSO METODOLÓGICO	55
-------------------------------------------------	-----------

4.1. Objectivos da investigação	55
---------------------------------------	----

4.2. Questões de investigação	56
-------------------------------------	----

4.3. Tipo de estudo.....	56
--------------------------	----

4.4. Descrição e caracterização dos contextos	60
-----------------------------------------------------	----

4.5. População e amostra populacional.....	60
4.6. Procedimentos na recolha dos dados	61
4.7. Procedimentos no tratamento e análise dos dados	62
4.8. Considerações éticas	64

PARTE III. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

PARTE IV. ANEXOS

Anexo I. Pedido de autorização para colheita de dados

Anexo II. Termo de consentimento informado

Anexo III. Instrumento de recolha de dados

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Atribuição de sentimentos à experiência vivida pelo enfermeiro	70
Quadro 2. O que foi mais significativo na experiência vivida pelo enfermeiro.....	71
Quadro 3. Que significado teve para o enfermeiro a experiência vivida	71
Quadro 4. Impacto na vida pessoal do enfermeiro.....	72
Quadro 5. Tradução do impacto da experiência vivida pelo enfermeiro	72
Quadro 6. O mais difícil de gerir na experiência vivida pelo enfermeiro.....	73
Quadro 7. Relação com o doente na experiência vivida pelo enfermeiro.....	73
Quadro 8. Relação com a família na experiência vivida pelo enfermeiro	74
Quadro 9. Dificuldades sentidas na experiência vivida pelo enfermeiro.....	75
Quadro 10. Contacto com os restantes membros da equipa na experiência vivida pelo enfermeiro.....	75
Quadro 11. Partilha de informação com os restantes elementos da equipa na experiência vivida pelo enfermeiro.....	76
Quadro 12. Necessidades identificadas no doente pelo enfermeiro.....	76
Quadro 13. Competências a que o enfermeiro recorreu na experiência vivida.....	77
Quadro 14. Aprendizagem obtida pelo enfermeiro na experiência vivida.....	78
Quadro 15. Existência de benefício na aprendizagem obtida pelo enfermeiro na experiência vivida	78

Quadro 16. Mudança de comportamento depois da aprendizagem obtida pelo enfermeiro na experiência vivida.....79

Quadro 17. Necessidade de formação para a transmissão de más notícias para o enfermeiro80

INTRODUÇÃO

A dissertação que agora se apresenta pretende transmitir, o mais fielmente possível, a investigação desenvolvida no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental com o Estatuto de Entidade Pública Empresarial, no período compreendido entre Setembro de 2009 a Janeiro de 2013.

A capacidade de interagir com os outros, de se relacionar, de estabelecer com os seus pares determinado nível de conexão, é o que permite ao ser humano assumir um expoente significativo enquanto elemento integrante de uma sociedade. Esta ideia constitui uma boa pedra basilar para afirmar que a comunicação constitui uma das mais complexas e genuínas actividades do Homem, sendo aquela que lhe permite relacionar-se com os outros, vivendo em sociedade, criando laços, aprendendo e ajudando os outros a aprender (Ribeiro, 2004). O ser humano ao comunicar com os outros, não se molda apenas a si próprio, exerce também influência (seja de maior ou menor significado) perante os seus semelhantes e consequentemente, sobre a sociedade.

Em qualquer actividade do ser humano é impossível não comunicar. Da mais simples à mais complexa. Por palavras, por gestos, pelo silêncio, pelo toque, pela escrita, pelo sorriso...existem infinitas formas de o Homem comunicar com o seu semelhante e no campo das Ciências Sociais e Humanas, no qual a Enfermagem se insere, tal actividade assume uma importância verdadeiramente fulcral. Só podemos responder devidamente às necessidades do Outro se a comunicação estabelecida for adequada. Se assim não for, a riqueza do contacto que se estabelece entre o prestador de cuidados e aquele que os recebe fica verdadeiramente diminuída.

A Enfermagem enquanto ciência assume hoje, em pleno séc. XXI, um conjunto de particularidades e exigências que, até há algum tempo atrás, seriam consideradas hipotéticas. Hoje em dia, sabemos que a exigência do Cuidar associada a um avanço tecnológico e científico progressivos implica que os enfermeiros se assumam como verdadeiros agentes de eficiência e de rigor, sendo esperado que a mesma exigência que é aplicada ao controlo

sintomático o seja também na vertente da comunicação e, em particular, na transmissão de más notícias.

A área da comunicação sempre me foi particularmente grata, daí que no momento da escolha do tema para a dissertação, não surgissem dúvidas de que esse seria o caminho a percorrer. A consciência de que uma má notícia é indutora de enorme sofrimento para quem a recebe e para a sua família (todos nós, em algum momento da nossa vida, já recebemos uma má notícia), saber que enquanto enfermeira é meu dever minimizar o sofrimento do Outro e a noção clara que os meus conhecimentos nessa área necessitavam reforço urgente, constituíram razões suficientes para que imperasse o tema seleccionado. A acrescentar a estes factos, existe ainda um outro e bastante importante: a quase total inexistência de literatura associada à transmissão de más notícias.

Quanto à relevância do estudo, pode dizer-se que as pesquisas efectuadas permitem indicar que a comunicação tem sido uma área pouco explorada em termos investigacionais dada a quase ausência de dissertações efectuadas nesse âmbito. A situação agrava-se consideravelmente quando se procura informação que associe a comunicação de más notícias aos profissionais de Enfermagem, o que não é sinónimo de que esta temática não constitua para os enfermeiros uma preocupação.

A revisão da literatura efectuada permitiu esclarecer que a informação existente sobre o tema era muito escassa o que acabou por justificar a pertinência do estudo, procurando que as lacunas existentes fossem diminuídas.

Assim sendo, *Como vivencia o enfermeiro a transmissão de más notícias?* constituiu-se como a inquietação necessária para desenvolver o trabalho ao qual foi dado o título, *A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro*, pretendendo expandir os conhecimentos nessa área, quer através das conclusões obtidas quer induzindo curiosidade para estudos futuros.

O objectivo central desta pesquisa foi explorar o impacto que a transmissão de uma má notícia exerce no enfermeiro.

Como objectivos específicos, designaram-se:

- Descrever os sentimentos vividos pelo enfermeiro durante um processo de transmissão de más notícias;
- Caracterizar o relacionamento estabelecido pelo enfermeiro com o doente e família durante o processo;
- Caracterizar a relação existente com os demais elementos da equipa de enfermagem;

De forma a garantir uma maior clareza, a primeira parte do trabalho foi dividida em três capítulos, o primeiro diz respeito à contextualização teórica dos cuidados paliativos, tendo sido efectuada uma revisão teórica baseada numa incursão pela literatura científica nacional e internacional e sendo abordados vários temas, nomeadamente, princípios e filosofia dos cuidados paliativos e intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos. O segundo capítulo é referente à comunicação, abordando-se as competências básicas de comunicação e as estratégias para uma comunicação eficaz e o terceiro capítulo, engloba a comunicação de más notícias em saúde, definindo má notícia, o protocolo de comunicação de más notícias e a transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro.

A segunda parte engloba o paradigma de investigação, ou seja, procura definir-se o percurso metodológico, indicando os objectivos e as questões de investigação, o tipo de estudo, a descrição e caracterização dos contextos, a população e amostra populacional, os procedimentos na recolha, no tratamento e análise dos dados e as considerações éticas.

Segue-se a terceira parte da dissertação onde são apresentados os resultados da investigação. É feita também a análise dos dados e discussão de resultados.

O segmento final do trabalho diz respeito às conclusões e implicações para a prática.

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I. OS CUIDADOS PALIATIVOS

1.1. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos

É da junção do interesse pelo conhecimento com a curiosidade e inteligência do Homem que resulta a ciência, não sendo diferente no âmbito da Enfermagem (Savater, 1993).

A sociedade actual pode caracterizar-se como uma procura incessante pela existência, explorando situações limite, seja ele qual for o domínio, definindo prioridades até então excluídas, e o campo da Medicina, como condição inerente à vivência humana, tem acompanhado, ainda que por vezes, erradamente, toda esta redefinição (Mesquita, 2011).

Os progressos científicos e sociais alcançados ao longo do séc. XX possibilitaram um aumento da longevidade e conseqüente emergência de doenças crónicas não transmissíveis, ocorrendo a morte no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. Na realidade, é cada vez mais significativo o número de pessoas que vivem mais tempo, com doenças crónicas e conseqüentes limitações de diversa ordem. Assim sendo, não pode ser mais actual a necessidade da Medicina em acompanhar os doentes no seu sofrimento, quer a doença que possuem seja passível de cura ou não (Gineste & Pellissier, 2007; Neto et al, 2010; Mesquita, 2011).

Embora a morte deva ser encarada como parte integrante da vida também não deixa de ser verdade que ela constitui o maior foco de perda e dor vividos pelo ser humano e daí a relutância em aceitá-la e conviver com ela, ainda que a saibamos, inevitável (Phipps et al, 2003).

Cabe a cada um de nós transformar a sociedade actual para que ao invés de negar a morte, aprenda a integrá-la na vida (Hennezel, 1997).

Aceitar a ideia da morte é mais difícil porque a sabemos inevitável mas tendemos a ocultá-la. Não falamos dela, não a exploramos, não a analisamos, na esperança vã de que não nos surja no caminho. Esta contradição só faz com que o assunto tabu assumam proporções cada vez

maiores, impedindo muitas vezes um diálogo franco e aberto não só entre o doente e o enfermeiro como com a sua própria família (Frias, 2003; Schwartz, 2006).

Ainda que actualmente a esperança média de vida seja prolongada, cada um de nós reconhece como verdade inquestionável que a sua vida é limitada no tempo (Neves et al, 2000).

Os Cuidados Paliativos ou Cuidados tipo *hospice* como se denominam nalguns países anglosaxónicos resultam de uma larga história. Os primeiros precursores têm sido identificados como os hospícios medievais do Séc. XII na Europa da responsabilidade dos Cavaleiros Hospitalários (Elizari et al, 2007).

Mais tarde, em pleno Séc. XVI será necessário referir a intervenção de São Camilo de Lelis, fundador da ordem religiosa dos Camilos que cuidava em Itália dos doentes moribundos e sendo os seus seguidores conhecidos como os “padres da boa morte” (Elizari et al, 2007).

No Séc. XIX destacam-se as figuras do pastor Flinder, na Fundação Kaiserwerth na Prússia e Mary Aikenhead, fundadora das irmãs irlandesas da caridade e do Lady’s Hospice em Dublin. Esta mesma congregação desenvolveu em 1909 o St. Joseph’s Hospice em Londres e aí se formou Cicely Saunders, fundadora do St. Cristhopher’s Hospice em 1967 e fundadora do Movimento Hospice Moderno (Elizari et al, 2007).

Os denominados *hospices* (lugares onde os doentes e famílias contavam com a capacidade científica de um hospital aliada à hospitalidade do domicílio) não se converteram em lugares para morrer, mas sim em lugares para cuidar. Considera-se também premente referir o nome de Balfour Mount que em 1976 liderou a primeira unidade deste tipo de cuidados inserida num hospital de agudos. É ao Canadá que se deve a terminologia Cuidados Paliativos (Elizari et al, 2007).

Em Portugal, as primeiras iniciativas associadas aos Cuidados Paliativos surgem no início da década de noventa do Séc. XX. Será, no entanto, necessário referir que a assistência aos doentes moribundos assume raízes bem mais antigas, tão antigas que será impossível localizá-las temporalmente. A preocupação com o doente moribundo terá existido desde sempre, não de forma estruturada, mas baseada na cumplicidade inata que se estabelece quando o Homem assiste ao sofrimento de outro Homem (Universidade da Beira Interior, 2011).

É associado a um desenvolvimento crescente nesta área que a 21 de Julho de 1995 é fundada a actual Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos com a designação de Associação Nacional de Cuidados Paliativos, pretendendo ser um foco dinamizador desta área no nosso país, trabalhando em cooperação com diversas instituições dos mais variados domínios

assistenciais, desde o médico ao social, e contribuindo para a credibilização dos cuidados prestados (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2011).

Os Cuidados Paliativos dirigem-se a doentes cujo processo de doença incurável, em fase avançada e progressiva é indutora de sofrimento, tendo como objectivo primordial a promoção do conforto, dignidade e qualidade de vida até ao fim, daí que decorrentes da especificidade desses cuidados surjam medos e dificuldades em permanência (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Procuram ser uma reacção à atitude, expressa ou oculta, de que nada mais há a fazer, originando no doente e família, sentimentos de abandono, desamparo e desespero. Há sempre algo que pode ser feito mas isso não impede que em determinadas situações, os enfermeiros sintam que nada mais têm para oferecer (Twycross, 2003).

Os Cuidados Paliativos enquanto filosofia assumem a combinação de terapias activas e compassivas indutoras de conforto e suporte para os indivíduos e famílias que atravessam um processo de doença e perda devendo incidir em vários domínios, nomeadamente, físico, psicológico, social e espiritual (Berger et al, 2007).

Por muito que se avance no campo da Ciência é impossível determinar com rigor e precisão o tempo de vida que resta a uma pessoa. Podem efectuar-se previsões (com base nos conhecimentos que temos da patologia e seu estadiamento) mas o *terminus* do processo é algo que ninguém poderá aferir com precisão (Hennezel, 1997).

Ainda que difícil e doloroso, o tempo de fim de vida pode e deve ser um tempo construtivo, de crescimento interior, dignificado e dignificante, se for devidamente acompanhado e é aí que o profissional de Enfermagem pode fazer a diferença no percurso de qualquer pessoa (Neto et al, 2010).

A forma como nos damos ao Outro, como entendemos as suas necessidades, como somos sensíveis às suas dificuldades, é moldada pelo nosso carácter mas também pelas experiências que vivenciamos, pela nossa intuição e sensibilidade. Será necessário recorrer a todos estes instrumentos para fazer face aos medos e dificuldades quer pessoais, relacionadas com o próprio “eu”, quer com aquelas que dizem respeito mais directamente ao doente e sua família (Schwartz, 2006).

A relação que se estabelece entre o prestador de cuidados e o doente deve ser benéfica para ambos, na medida em que, à experiência e aos conhecimentos obtidos pelo primeiro devem

corresponder o alívio do sofrimento e a promoção do bem estar no segundo. É uma relação de partilha, entrega e crescimento interior (Gineste & Pellissier, 2007).

Os Cuidados Paliativos são a imagem emblemática da solidariedade social face aqueles que vão deixar este mundo. É primordial o tratamento da dor mas também de todas as outras vertentes indutoras do mais pequeno sofrimento (Elizari et al, 2007).

Assim sendo, os cuidados a prestar no âmbito desta área não devem assentar apenas em protocolos e *guidelines* que prolonguem a vida dos doentes a todo o custo, mas sim na procura do melhor interesse para o doente e sua família, explorando de forma verdadeira conceitos como qualidade de vida, dignidade, cuidados holísticos, comunicação e espiritualidade (Randal & Downie, 2006).

1.2. Intervenção do enfermeiro em Cuidados Paliativos

Cuidar é a essência da Enfermagem enquanto ciência altruísta, plenamente dedicada aos outros, na identificação das necessidades afectadas, dos problemas e na procura de intervenções que visem o bem-estar, a independência e a qualidade de vida daqueles a quem estes profissionais prestam cuidados.

O entusiasmo inicial e a vontade de querer ser útil ao Outro assumem com o decorrer do tempo dimensões ainda mais complexas e mais exigentes, quer em termos de conhecimentos, quer em termos de postura, quer em termos de habilidades. É um caminho que se faz de forma estruturada, dia-a-dia, no contacto com cada doente e sua família (Watson, 1999; SFAP, 2000).

Define-se como enfermeiro, o profissional a quem foi atribuído um título que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família e grupos existentes na comunidade, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (<http://ordemenfermeiros.pt>).

Sendo os Cuidados Paliativos uma área da Medicina extremamente exigente, com princípios de actuação interdisciplinares, permitindo que todas as necessidades da pessoa doente e sua família possam ser satisfeitas, rapidamente se percebe que o enfermeiro tem neste âmbito um imenso campo de acção, com intervenções complexas.

O enfermeiro em Cuidados Paliativos deve combinar os conhecimentos científicos com ética, filosofia e humanidade, revestindo as suas intervenções perante o doente e família de forma holística (Matzo & Sherman, 2010).

A actuação do enfermeiro deve incidir numa base primária da própria sociedade, contrariando ideias pré-concebidas e impeditivas de uma acção social solidária, justa e que se pretende igualitária na importância dada aos processos de nascer e morrer.

O enfermeiro tem consciência de que não existe um modelo de cuidados reservado para quem está a morrer. Pelo contrário, a sua intervenção deve combater a falsa dicotomia de que existem cuidados direccionados à vida e cuidados para a morte (D'Antonio & Lewenson, 2011).

Impedir que se aborde a temática da morte de forma natural e sem artifícios é contribuir para uma sociedade cuja clareza de ideias não impera, acentuando de forma progressiva uma deturpação de valores e do que é realmente importante no sentido de cada um de nós atingir um caminho pleno de significado (Pires et al, 2005).

A intervenção do enfermeiro é extremamente ampla e profunda, e a prova disso mesmo é que desenvolvem cuidados que se inserem nos quatro pilares fundamentais dos Cuidados Paliativos. Assim, de acordo com Neto et al (2010), espera-se que o enfermeiro, inserido no contexto de uma equipa multidisciplinar:

- Saiba controlar os vários sintomas que os doentes apresentam (dor, fadiga, dispneia, vómitos, confusão, entre outros...) recorrendo quer a medidas farmacológicas quer não farmacológicas;
- Saber comunicar de forma adequada com o doente e a sua família, fazendo uso de estratégias promotoras da sua dignidade;
- Apoiar a família, detectando eficazmente os seus problemas e necessidades e ajudando-a a lidar com as perdas. A família deve ser sempre entendida como aliada e não uma opositora, fazendo parte da equipa de cuidados. O enfermeiro deve identificar o cuidador principal, estimular a família a fazer questões e escutá-la, dar informações claras, antecipar e prevenir crises e avaliar expectativas, incentivar a participação activa no plano de cuidados mas também os autocuidados (higiene, uso do sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se), monitorizar frequentemente o nível de stress do cuidador, validar os cuidados prestados e ajudar a estabelecer prioridades. A família é simultaneamente prestadora e receptora de cuidados. A

conspiração do silêncio (situação em que a família pretende privar o doente da informação a que este tem direito por entender ser o melhor para ele) exige da parte dos profissionais de saúde, uma atenção redobrada;

- Saber trabalhar inserido numa equipa interdisciplinar, fazendo parte integrante do trabalho dos diferentes profissionais e voluntários, todos devidamente treinados.

As perspectivas teológicas, filosóficas e psicológicas conferiram uma visão multidimensional da ansiedade perante a morte e resulta fundamentalmente da preocupação pelo impacto emocional e cognitivo do morrer e da morte, antecipação e medo das alterações físicas que o morrer e a morte comportam, percepção da limitação do tempo entre o nascimento e o morrer e preocupação pelo stress e dor que caracterizam a incapacidade, a doença e o processo de morrer (Gómez, 2006).

Ao cuidar do seu semelhante, o enfermeiro deve agir em conformidade com os seus valores, com os seus conhecimentos e com as suas crenças, não esquecendo que a relação estabelecida é com base na humanidade, procurando minimizar os efeitos adversos que o processo de doença induz no seu portador (Ribeiro, 2007).

Assim sendo, tem como responsabilidade acrescida permitir que o doente mantenha a sua individualidade, colaborando e sendo um elemento activo no processo a desenvolver.

Por vezes, a realização de uma simples pergunta aberta sobre o que causa maior sofrimento durante o processo de doença é o suficiente para que o doente descreva abertamente a sua experiência, pelo que fornecer a oportunidade aos doentes de expressarem as suas narrativas sobre a doença e ouvi-los atentamente constitui uma das maiores responsabilidades do enfermeiro (Sheehan et al, 2011).

É exigido ao enfermeiro que recorra ao seu coração, à sua cabeça e à sua alma para que a sua acção possa ser desenvolvida plenamente, ou seja, reconhecer os seus sentimentos, os seus pensamentos e o que tem de mais íntimo para que possa estar disponível para o Outro sem receios, sem dúvidas e sem hesitações. Como afirma Kubler-Ross (1997:137), “Se não usarmos as nossas cabeças, os nossos corações e as nossas almas, não conseguimos ajudar um único ser humano.”

Poderá dizer-se que o aparecimento e consolidação dos Cuidados Paliativos, bem como o esforço de todos aqueles que a este tipo de Cuidados se dedicam, pressupôs a revitalização e dignificação da dimensão humana do morrer. Consiste em demonstrar permanentemente que

viver, ainda que de forma precária, doente e terminal, é sentir-se querido e respeitado e ter alguém perto que demonstre empatia e consolo (Elizari et al, 2007).

CAPÍTULO II. A COMUNICAÇÃO

O ser humano reúne no seu interior uma infinidade de características, muitas delas, de difícil compreensão (Antunes,2008). Este facto constitui um bom ponto de partida para a abordagem de uma complexa questão - Como se estabelece entre os Homens uma verdadeira relação de ajuda, que corresponda de igual forma às expectativas, aos anseios e às necessidades de todos os implicados?! Encontrar uma resposta adequada exige a compreensão de um corolário profundo do que é ser pessoa, do que é ajudar, do que é viver, e porque não, reconhecer que só vivemos plenamente na medida em que ajudamos outros a viver também.

O Homem só poderá viver, na verdadeira concepção do termo, se conhecer e assumir não só os seus defeitos mas também as suas virtudes, agradecendo a Deus tanto uns como outros, de forma a melhorar o seu percurso individual e, conseqüentemente, influenciar de forma eficaz a sociedade na qual se encontra inserido. À humildade de reconhecer que erra é necessário aliar a gratidão pela capacidade de inteligência que lhe foi concedida (Bastos, 2003).

Qualquer que seja o conceito de relação de ajuda percebido por cada um de nós, facilmente se determina que o mesmo não pode estar nunca dissociado de outra actividade inerente ao ser humano – Comunicar.

A comunicação, enquanto característica indissociável do ser humano, é o que lhe permite assumir uma dimensão exclusiva, genuína e única, na medida em que a forma como comunicamos faz parte do património pessoal de cada um. O acto de comunicar é também uma forma de doar algo ao Outro, pelo que poderá dizer-se que Ajudar e Comunicar são dois vértices do mesmo prisma e, enquanto profissional de saúde, esta deverá ser uma verdade inquestionável (Pereira, 2008).

Se ao homem não tivesse sido dada a capacidade de comunicar, não seria apenas inviável o relacionamento humano na medida em que o conhecemos como também a capacidade de analisar o mundo seria totalmente distinta e muito mais pobre. O próprio acto de comunicar constitui um preciso indicador de quão profundo e complexo constitui o mundo de vivências em que o Homem se insere (Savater, 1998).

A comunicação enquanto processo pode ser caracterizada não só pela complexidade mas também pela exigência que é esperada de todos os intervenientes. O que é comunicado não se

limita apenas à palavra, vai muito para além disso. É necessária uma conjugação de diferentes conceitos, tais como, atenção, disponibilidade, entrega, carisma, calma e altruísmo (Barbosa & Neto, 2006). Comunicar de forma eficiente exige do ser humano um conjunto de características ímpares que o mesmo tem de explorar ao máximo, para garantir uma percepção e um retorno feliz, quer do que lhe é transmitido, quer do que ele próprio transmite (Sousa, 2009).

Associar esta complexidade natural a uma interacção entre profissional de saúde, doente e família, em que várias partes se encontram num clima de fragilidade, complica ainda mais, todo o cenário (Barbosa & Neto, 2006).

Enquanto ponte de relacionamento com os outros, o acto de comunicar, exige de qualquer profissional de saúde uma aprendizagem e treino constantes, determinada e abrangente que dê resposta às necessidades efectivas daqueles a quem os nossos cuidados são dirigidos (Rebelo, 2009).

O relacionamento com os outros obriga-nos necessariamente a comunicar, ainda que não queiramos e ainda que não façamos uso da palavra. A própria partilha de espaço obriga-nos a comunicar com o outro, seja pela postura corporal, pelo olhar ou pela voz. Por mais estranho que pareça, não poderá negar-se que a tentativa de não estabelecer comunicação com alguém, já é por si só, uma forma de comunicar (Gineste & Pellissier, 2007).

A forma como fazemos uso da palavra constitui para o ser humano uma característica única e ímpar. Cada um de nós tem a sua própria forma de se exprimir, tem o seu próprio campo lexical, tem a sua própria voz. Comunicar permite distinguir-nos tão eficazmente quanto a cor do cabelo ou a cor dos nossos olhos, faz parte do nosso património identitário e daí a importância que assume ou deve assumir no campo das relações pessoais (Martino, 2009).

O facto de ser impossível não comunicar, situar a comunicação nos planos cognitivo e afectivo, encontrá-la em toda a parte, referir que a comunicação pode ser intencional ou acidental, ser dificilmente reversível, reconhecer que no caso de mensagens verbais e não verbais contraditórias, é o significado da mensagem não verbal que é retido e o facto dos primeiros minutos da comunicação se revestirem de imensa importância porque dão o tom à relação, constituem os princípios gerais da comunicação (Phaneuf, 2002).

Comunicar é um processo que não é passível do nosso total controlo, com tudo o que isso poderá acarretar de benéfico ou não. O acto de comunicar é, não só uma característica indissociável do ser humano, como tremendamente identificativa (Sousa, 2009).

A boa comunicação é importante porque permite a definição de um diagnóstico mais abrangente, a deteção de *distress* emocional no paciente e o desenvolvimento de uma resposta mais apropriada por parte deste. Para além disso, os pacientes satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados apresentam-se menos ansiosos em relação a outros problemas, tornando-se evidente o efeito positivo que uma comunicação eficiente pode desenvolver até na própria condição física destes (Lloyd & Bor, 2009).

Quanto mais profundamente conhecermos a pessoa, maior é a probabilidade de enquanto profissionais de Enfermagem conseguirmos responder adequadamente às suas necessidades, desmistificando possíveis receios, angústias e sofrimentos.

2.1. Competências básicas de comunicação

A empatia que se estabelece no processo comunicacional é para além de uma obrigação para o enfermeiro, uma exigência para o doente e sua família. Aqueles a quem o enfermeiro se dirige esperam que a comunicação seja uma aliada e não um entrave em prol do estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. A comunicação estabelecida deve constituir mais uma ponte para superar uma travessia que se prevê difícil no âmbito da doença (Barbosa & Neto, 2006).

Qualquer enfermeiro deve assumir como premissa que a pessoa doente tem o direito de saber qual o seu estado de saúde, respeitando as suas opções e a sua sensibilidade. É a ele quem cabe decidir o que quer saber, quando quer saber e como, e é a ele também que compete indicar a quem poderão ser transmitidas as informações, caso este as recuse (Campos, 2009).

É impensável estabelecer-se uma verdadeira relação terapêutica se a comunicação estabelecida não for eficaz. O profissional de saúde sabe que essa é uma condição imprescindível para uma prestação de cuidados personalizada, atenta à pessoa a quem se dirige. Por outro lado, assume também uma vertente ética na medida em que o doente tem o direito de saber em que ponto se encontra o seu percurso de doença e qual a melhor estratégia a seguir (Melo, 2005).

O núcleo de qualidade dos cuidados de saúde deve assentar numa comunicação efectiva. Qualquer contacto estabelecido com o doente deve incidir numa base de cortesia, consideração, respeito e comunicação útil. Quando os pacientes obtêm as respostas que

querem, estabelece-se um clima de confiança com a equipa de enfermagem e a interação entre ambos é não só positiva como satisfatória. Os doentes sentem-se mais livres e dispostos a colaborar e cooperar com os enfermeiros (Servellen, 2009).

A maior expectativa dos doentes reside no facto de entenderem que os profissionais de saúde não os abandonam e estabelecem com eles e com as suas famílias um diálogo baseado na verdade, confiança e honestidade, desde o momento do diagnóstico até à fase mais avançada da doença mas, lamentavelmente, não é isso que acontece na maior parte dos casos (Barbosa & Neto, 2006). A informação partilhada deveria ser entendida com um elemento corrector face ao défice da dimensão relacional que cada vez mais se regista na dualidade profissional de saúde-doente (Dias, 2005).

O acto de comunicar não é responsabilidade de uma pessoa mas sim de toda a equipa devendo assumir-se como um acto conjunto em prol do maior benefício para o doente e sua família (Pimenta et al, 2006).

É necessário referir que não há uma única forma correcta de comunicar até porque o tempo para o fazer pode determinar o maior ou menor sucesso da intervenção. O interesse do acto de comunicar reside precisamente na sua infinita flexibilidade (Fielding, 1995).

Em Cuidados Paliativos, a comunicação deve constituir um elemento central na abordagem clínica possibilitando a partilha de informações, emoções e atitudes (Barbosa & Neto, 2006).

A comunicação poderá ser descrita como a chave que permite responder com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente. Em qualquer circunstância, em maior ou menor grau, o acto de comunicar está presente, constituindo um laço permanente, ainda que invisível entre o enfermeiro, o doente e a sua família (Barbosa & Neto, 2006).

É importante que o enfermeiro reconheça a diferença entre analisar, comentar e opinar. Enquanto a primeira implica uma atitude de reflexão orientada mais para o futuro, as restantes implicam uma postura imediata, com repercussão no presente (Abiven, 2001). Qualquer uma delas será importante para o estabelecimento de uma relação efectiva com o doente e a sua família (Sousa, 2009).

Uma informação adequada, correcta, suportável, transmitida no momento certo e pela pessoa mais competente pode induzir na pessoa doente efeitos positivos e uma maior capacidade de adaptação a todo um processo desconhecido (Dias, 2005). Assim, de acordo com Elizari et al (2007), podem ser definidas como competências básicas de comunicação em Cuidados Paliativos:

- O reforço da confiança na família e na equipa de saúde;
- O desvanecimento de dúvidas e incertezas;
- O facilitar que o doente decida por si a adesão ou recusa a certos tratamentos que ele possa considerar inapropriados ou fúteis;
- A possibilidade de resolver assuntos pessoais e familiares pendentes;
- Enfrentar a conspiração do silêncio;
- Atenuar o efeito de possíveis ameaças (quer no domínio físico quer psicológico);
- Reduzir o medo e a ansiedade;
- Aumentar a cooperação, facilitando o alcance de uma morte digna.

A arte de comunicar é difícil e exigente em qualquer circunstância e, mais ainda, perante um doente em fase terminal. Nesta situação, o uso da palavra pode ser praticamente inexistente, implicando da parte do profissional, uma sensibilidade acrescida. Comunicar será sinónimo de partilhar, compreender, aceitar e estar atento para o Outro (Abiven, 2001).

A complexidade existente no seio comunicacional permite então determinar como competências básicas da comunicação em Cuidados Paliativos:

- A reflexão de sentimentos – analisar e compreender os sentimentos dos outros, sem nos deixarmos influenciar pelos nossos próprios valores, ideais e convicções (Samuel, 2005). Qualquer sentimento seja ele positivo, negativo, ambivalente ou um atributo espiritual implicam da parte do profissional de saúde uma entrega e uma disponibilidade totais.
- A escuta activa – Escutar implica estar desperto, activo, formular perguntas e analisar respostas. É necessário escutar aquilo que o doente diz, como diz e o que omite não esquecendo que muitas vezes o silêncio é mais eloquente que as próprias palavras (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2011).
- A compreensão empática – Para efectivar a relação de ajuda, o profissional tem de colocar-se no lugar do Outro, analisando a situação segundo os valores daquele a quem os cuidados são dirigidos (Phaneuf, 2005).

- Feedback – é um processo que permite determinar a eficácia da comunicação através da reacção do receptor (Barbosa & Neto, 2006). O feedback e o *coaching* devem constituir uma equipa inseparável cujo único objectivo assenta na melhor clarificação possível do que é transmitido (Reis, 2008). Poderá dizer-se que é um processo planeado de aperfeiçoamento e superação profissional e pessoal.

Existe ainda outra vertente associada à comunicação e que não pode ser menosprezada. É que só transmitindo uma informação eficiente, clara e objectiva se poderá obter da parte do doente o que ele sabe relativamente ao seu percurso de doença bem como o consentimento informado necessário ao desenvolvimento de inúmeros procedimentos técnicos (Pereira, 2008).

Dado o elevado número de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, a comunicação deve ser estruturada segundo a mesma base para não existirem incongruências, só assim poderá desenvolver um papel essencial e coadjuvante na maximização de efeitos terapêuticos, minimizar a confusão e facilitar um coerente sistema de cuidados (Dias, 2005). Uma equipa de saúde que comunica eficazmente induz no doente e sua família uma sensação de conforto, segurança e consistência (Doyle, 2005).

2.2. Estratégias para uma comunicação eficaz

Tão importante quanto ser transmissor de uma informação é ser também receptor, demonstrado à-vontade, disponibilidade e liberdade para ser fiel depositário da informação que o doente entenda ser importante referir. Só desta forma se estabelece uma relação de confiança e entrega plena por parte de todos os intervenientes (Melo, 2005; Pimenta et al, 2006; Sousa, 2009).

Para que a comunicação estabelecida seja válida é necessário que ocorra um investimento relacional por parte de todos. A expectativa de sucesso será tanto mais elevada quanto mais explorada for a realidade (Laskin, 2010).

É importante reconhecer que existem barreiras no processo comunicacional assim como situações problemáticas frequentes e é necessário que cada profissional invista na sua formação, adoptando estratégias eficazes para uma comunicação plena (Doyle, 2005).

Se a informação carece de rigor, objectividade e verdade pode desenvolver no doente ou na sua família um efeito mais nefasto do que a própria ausência de informação, suscitando dúvidas, receios e angústias daí que aquilo que é transmitido e a forma como é transmitido desenvolvam toda a diferença no estabelecimento de um processo terapêutico (Dias, 2005).

A adopção de uma atitude paternalista por parte do enfermeiro para com o doente pode induzir, neste último, uma sensação de inferioridade impedindo que partilhe dados pertinentes e facilitadores para o estabelecimento de uma relação de cumplicidade e ajuda mútuas (Barbosa & Neto, 2006).

Com o objectivo de aumentar a sua capacidade de persuasão e a sua capacidade de liderança, um bom comunicador deve recorrer a determinadas regras para que a sua comunicação seja a mais eficaz (Sousa, 2009):

- Definição – Antes de desenvolver as ideias, é necessário definir claramente os conceitos;
- Relevância – É necessário que as palavras escolhidas para dar corpo à mensagem reflectam exactamente o que se pretende transmitir. Terá de existir uma articulação entre o conteúdo da mensagem e os conhecimentos que a pessoa já possui sobre determinado assunto;
- Sinceridade – Consiste em reduzir as ideias aos termos mais simples. Economizar palavras e recorrer a uma linguagem sincera facilitam claramente a percepção daquilo que se comunica;
- Comparação e contraste – Permite identificar semelhanças e diferenças recorrendo a metáforas, modelos, analogias;
- Repetição – É particularmente importante na comunicação oral. Consiste em enfatizar a ideia central que se pretende comunicar.

Qualquer intervenção desenvolvida pelo profissional de saúde implica que este tenha perfeito conhecimento do que é prioritário para o doente. De qualquer forma, a comunicação é transversal à prestação de qualquer cuidado e daí a sua importância. Não se trata de priorizar a comunicação dado que isso não é possível. Tornar a comunicação uma área de investimento pessoal e de formação para os enfermeiros é que deverá tornar-se uma prioridade pelo que o aprofundamento desta área deverá constituir um investimento seguro do enfermeiro actual (Rego, 2009).

Os obstáculos à transmissão de informação em contexto de saúde podem ter origem no doente ou no enfermeiro. Identificá-los e contorná-los irá permitir o estabelecimento de uma comunicação verdadeiramente eficaz. Serão descritos seguidamente (Melo, 2005):

- Doente – Constitui um dos obstáculos principais porque muitas vezes embora desejando informações, o doente não questiona directamente o profissional de saúde por uma questão de deferência. Os doentes ficam menos informados do que seria desejável e os profissionais não têm feedback relativamente ao facto da informação transmitida ser ou não, a mais adequada;
- Técnicos de Saúde – Uma maior experiência profissional não é sinónimo de maior competência a nível da comunicação. Pelo contrário, nota-se que são os profissionais mais recentes aqueles que mais procuram aperfeiçoar-se nessa área;
- Diferenças entre o doente e o técnico de saúde face à transmissão da informação – A maioria dos doentes quer ser detentor do máximo de informação relativamente à sua doença e tratamento, realidade partilhada pelos profissionais. O desacordo surge quanto à relutância dos técnicos em fornecer dados sobre a transmissão de riscos, perigos para o doente ou informações com maior carga emocional porque entendem ser indutoras de maior ansiedade no doente, diminuindo a adesão ao tratamento.
- O impacto da informação no doente – permite o consentimento informado, reduz a ansiedade, aumenta o compromisso e a adesão, aumenta a aceitação dos procedimentos, aumenta a responsabilidade do cliente, preserva a dignidade, conduz ao respeito e promove os sentimentos de segurança;
- Avaliação das necessidades de informação do doente – a entrevista desenvolvida pelo técnico deve potencializar as concepções do doente sobre os seus sintomas e a sua doença;
- Tipo de informação a transmitir ao doente – para ser mais eficaz deve basear-se no que vai acontecer, no que o doente irá sentir e nas estratégias de *coping* que deverá utilizar;
- Obstáculos à compreensão da informação que é transmitida ao doente – os profissionais de saúde utilizam uma linguagem própria, cujos tecnicismos não são muitas vezes percebidos por aqueles a quem se dirigem;
- Selecção do conteúdo da comunicação – as opiniões dos doentes e dos técnicos, os objectivos comportamentais definidos, os critérios de julgamento e os critérios empíricos devem ser tidos em conta na hora de determinar aquilo que vai ser

abordado. O tempo gasto a transmitir a informação e a promoção da compreensão e da memória utilizando a simplificação, a categorização e as fases específicas parecem contribuir para aumentar a adesão e satisfação da pessoa doente;

- Recordação das consultas – a informação dada é mais facilmente lembrada quando está em consonância com as ideias pré-concebidas do doente sobre a sua doença e tratamento;
- Variabilidade entre indivíduos no impacto da informação – os indivíduos podem ser diferenciados tendo em conta o modo como usam a informação. Existem os denominados *monitors* (confrontam-se com a ameaça, procurando informação) e os denominados *blunters* (evitam a informação);
- Informação sobre a cirurgia – a preparação pré-operatória tem repercussões positivas nos sintomas, no sofrimento pós-operatório, no tempo de recuperação e no nível de ansiedade.

De forma simples e objectiva pode afirmar-se que a comunicação é eficiente quando a mensagem transmitida pelo emissor é recebida e assumida pelo receptor. Se tal acontece, significa que as interferências exteriores foram minimizadas de tal forma que não constituíram um entrave ao estabelecimento de uma eficaz partilha de informação (Pereira, 2008).

O contexto onde é desenvolvido o processo comunicacional é extremamente importante porque tanto pode ser benéfico como destruir completamente a capacidade de comunicar quer de quem transmite quer de quem recebe a informação (Clampitt, 2010).

A verdadeira relação de ajuda implica que se estabeleça uma comunicação adequada e rigorosa entre o enfermeiro e o doente, cujo objectivo principal será o de adaptar este último a uma nova fase da sua vida, explorando ao máximo as suas capacidades, as suas virtudes e os seus talentos, tornando um percurso difícil num foco de aprendizagem e perseverança, porque é possível crescer (e muito) enquanto seres humanos detentores de uma essência única, perante a adversidade e o sofrimento (Phaneuf, 2002).

CAPÍTULO III. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE

3.1. A má notícia

O aumento da esperança média de vida associada ao avanço científico na área da Saúde e, indutor de uma quase ideia de imortalidade, contrasta com a obrigatoriedade do profissional em transmitir más notícias, acabando este por negligenciar esta vertente da formação, atitude que pode ser classificada como uma fuga ao reconhecimento de que nem tudo está nas mãos da Ciência (Pereira, 2008).

Vivemos actualmente numa sociedade em que a juventude, a saúde e a riqueza ocupam lugares de honra. Este estigma de marginalização assume um tom dramático quando a patologia diagnosticada pode conduzir à morte. Pode dizer-se que é mais um problema de âmbito social que individual, o que explica muitas vezes, a resistência da família em informar a pessoa doente. A questão de se dizer ou não a verdade ao doente constitui uma problemática cuja solução nunca será passível de simplicidade (Gómez, 2006).

Cada caso será sempre um caso único que implique a exploração máxima das virtudes e competências do profissional de saúde. O objectivo principal será sempre o de integrar e explorar e nunca marginalizar e menosprezar a nova situação vivida pela pessoa cuja vida mudou drasticamente.

Entende-se por notícia a exposição de certa ocorrência ou a informação sobre algo ou alguém (Porto Editora, 2009).

Por má notícia designa-se qualquer informação que vai alterar a expectativa da pessoa em relação a algo, contribuindo para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes (Barreto, 2009).

A má notícia pode englobar um diagnóstico severo (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa (Elizari et al, 2007).

Transmitir uma má notícia influencia de forma decisiva tanto quem a dá como quem a recebe, podendo desencadear tanto no emissor como no receptor, os sentimentos e as atitudes mais adversas, desde a apatia, à raiva, à negação, à agressividade ou até mesmo, uma aparente normalidade. O que importa é que se estabeleça entre ambos uma noção de compromisso e de acompanhamento para o futuro (Twycross, 2003).

A má notícia exerce uma influência tal em quem a recebe que geralmente a pessoa recorda a situação com detalhe, ainda que não o transmita abertamente e seja qual for o tempo decorrido desde então. Associado a este facto surge o consenso geral de que a transmissão de uma má notícia é difícil para o enfermeiro não tendo por isso grande aspiração em fazê-lo (Faulkner, 1998).

Saber comunicar devia constituir-se como um dos principais focos da Medicina, adicionando ao acto de informar, a compaixão. Uma boa comunicação desenvolve no doente um efeito imediato, podendo reduzir sintomas sem efeitos colaterais (Filho et al, 2008).

Actualmente, existe a tendência para serem focados dois pólos: o que defende que comunicar o diagnóstico e prognóstico é uma inútil crueldade e a que defende uma relação baseada na franqueza e transparência. Qualquer um deles será aceitável dependendo da situação em causa. O direito à verdade é um direito fundamental da pessoa, constituindo a expressão do respeito que se lhe deve. Ao negar a verdade à pessoa doente, impedimo-la de viver em plenitude a última fase da sua vida, tomando decisões importantes do ponto de vista legal, económico, humano e religioso, comprometendo um momento de espiritualidade particularmente intenso. Torna-se importante salientar ainda que uma boa informação constitui o melhor antídoto contra o encarniçamento terapêutico (Gómez, 2006). Nos últimos tempos, demos passos notáveis evitando o prolongar não razoável de muitas vidas humanas mas continuam a ser demasiado frequentes os esforços terapêuticos sem sentido (Elizari et al, 2007).

De qualquer forma, é imperativo saber o que o doente sabe, o que quer saber e o que está em condições de saber e a sua vontade deve ser sempre respeitada (Gómez, 2006).

Os enfermeiros ao assumirem um contacto prolongado e privilegiado com o doente são, muitas vezes, os transmissores da má notícia devendo esta situação ser revestida de seriedade, repetindo a informação tantas vezes quantas as necessárias para que possa ser percebida, assimilada e aceite (Allen & Brock, 2000).

A honestidade na comunicação é essencial para que se obtenham cuidados paliativos eficazes e envolve muito mais do que fornecer informações sobre a doença. As informações devem ser precisas e incidir no paciente e na sua família porque uma boa comunicação é fundamental para uma boa prática clínica (Jeffrey, 2006).

3.2. Protocolo de comunicação de más notícias

Comunicar más notícias pressupõe dificuldades acrescidas e a capacidade para uma adaptação constante a novas fracções de uma realidade infeliz.

Ninguém dá uma má notícia de ânimo leve sem que isso o afecte em maior ou menor profundidade. Felizmente, o avanço dos conhecimentos nesta área permitiu a estruturação de um protocolo facilitador deste tipo de intervenção. A existência deste capítulo e a abordagem do protocolo seguinte pretendem demonstrar que mesmo o caminho mais difícil e penoso pode à raiz de uma intervenção humana, séria, compassiva e técnica ser facilitado.

A decisão de quem fornece determinada notícia ao doente deve depender da relação deste com a equipa, sendo que o ideal seria que recaísse sobre a pessoa em quem o doente mais confia. No entanto, essa escolha acaba muitas vezes por depender também da própria cultura institucional e até da existência de determinadas *guidelines* (Ferrel & Coyle, 2010).

O modelo de comunicação de Buckman constitui um protocolo orientador para a transmissão de más notícias e compreende seis passos (Barbosa & Neto, 2006):

- Conseguir o ambiente correcto – será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista, saber quem deve informar, quando e onde;
- Descobrir o que o doente já sabe – as suas respostas irão proporcionar uma informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;
- Descobrir o que o doente quer saber – compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado;

- Compartilhar informação – a verdade constitui um processo que deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo ao doente para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde;
- Responder às emoções do doente - é um dos elementos cruciais e pressupõe a identificação e validação de emoções;
- Organizar e planificar – implica a elaboração de um plano gerido em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento.

Estes seis passos pretendem constituir uma ajuda para o profissional de saúde, mas não podemos esquecer que cada doente é único e detentor de necessidades multifactoriais (fisiológicas, segurança, relacionamento, estima e realização pessoal), pelo que qualquer protocolo deve ser maleável às aspirações daquele a quem se dirige.

Perante a necessidade de informar um doente existem alguns detalhes que podem servir de recurso ao profissional de saúde para que o processo comunicacional seja o mais eficiente possível. São eles, na perspectiva de Gómez (2006):

- Esteja absolutamente seguro – Na fase da transmissão do diagnóstico, torna-se imperativo a certeza histológica do mesmo. O prognóstico de não existência de cura implica também a exploração de todos os recursos terapêuticos existentes na actualidade susceptíveis de serem utilizados (quimioterapia, cirurgia, radioterapia, hormonoterapia...);
- Procura de um local tranquilo – Se a entrevista se desenvolve em contexto hospitalar e se o doente pode deambular deve encaminhar-se para uma sala com maior privacidade e comodidade. Se o doente está acamado e a enfermaria não é individual devem correr-se as cortinas e diminuir o tom de voz. Se a informação é transmitida no domicílio deve fechar-se a porta de casa;
- O doente tem direito a conhecer a sua situação – a verdade deve estar sempre presente na relação entre duas pessoas;
- É um acto humano, ético e legal. Por esta ordem – informar uma pessoa que tem uma doença mortal é, acima de tudo, um acto inquestionavelmente humano. É o momento de maior grandeza do profissional de saúde e também um dos mais difíceis. Eticamente, é importante porque permite ao doente exercer o seu direito de autonomia;

- Não existe uma fórmula – é uma arte. Não existe uma forma certa ou errada para o fazer. As únicas ferramentas de que o profissional de saúde dispõe são a experiência, a bagagem cultural e a sua estrutura humana;
- Averigüe o que a pessoa doente sabe – é necessário ter uma ideia relativamente ao que o doente sabe da sua doença, da gravidade da mesma e em que medida o seu futuro pode ser afectado;
- Averigüe o que a pessoa doente quer saber – dar oportunidade ao doente para que pergunte. Só desta forma poderemos deduzir o que quer saber e a que ritmo. Tão contraproducente é dizer tudo ao doente que não quer saber nada, como não dizer nada ao doente que quer saber tudo;
- Averigüe o que a pessoa doente está em condições de saber – será sempre extremamente importante saber como se encontra o doente antes de proceder a uma conversa de contornos tão delicados;
- Espere que o doente pergunte (dar a possibilidade de perguntar) – a ausência de pressa e a aparente disponibilidade física do profissional de saúde não são suficientes. O doente detecta através das formas de comunicação não verbal, se existe disponibilidade emotiva ou não da parte do técnico;
- Oferecer algo em troca – dizer a verdade pressupõe o compromisso prévio de ajudar a integrá-la, de partilhar as preocupações, de acompanhar na solidão, de caminhar juntos pelos difíceis trilhos do caminho que se avizinha;
- Não discutir com a negação – a ausência de informação não é sinónimo de negação, ainda que possa contribuir significativamente para o seu aparecimento e para a sua manutenção;
- Aceitar ambivalências – não é raro que um doente a quem foi explicada a sua situação e a quem inclusivamente se falou de morte, nos conte os seus planos de férias para o ano seguinte. É uma forma de defesa que passará, provavelmente, no dia seguinte;
- Simplicidade e ausência de palavras negativas – evitar excessivos tecnicismos que possam interferir na compreensão do doente;
- Não estabelecer limites nem prazos – o conhecimento da verdade não implica entrar em detalhes minuciosos sobre a evolução da doença e que possam causar danos ao doente: prognóstico de sobrevivência em casos similares, estatísticas;

- Gradualmente. Não é um acto único – evitar dar demasiadas informações no primeiro encontro;
- Por vezes, é suficiente não enganar o doente – são os próprios doentes quem nos indica o seu diagnóstico;
- Extreme a delicadeza – é óbvio e nem deveria ser necessário referi-lo relativamente ao doente. Porém, muitas vezes negligenciamos esta vertente face aos familiares. Não podemos esquecer que para eles também é um duro golpe e uma notícia desta natureza, dada bruscamente e com ausência de humanidade, pode desencadear um trauma grave e duradouro;
- Não diga nada que não seja verdade – a autenticidade é uma qualidade em qualquer relação humana e é indispensável para o binómio profissional de saúde/doente. A verdade é o antídoto do medo, é um potente agente terapêutico que nos torna livres e autónomos. O terrível e conhecido é muito melhor que o terrível e desconhecido;
- Não retirar a esperança – todos os profissionais desta área sabem muito bem que o doente necessita frequentemente de manter a esperança, qualquer que seja.

A existência de um diálogo estruturado e cada vez mais aperfeiçoado deverá fazer parte dos objectivos primeiros quer do enfermeiro quer da equipa de saúde em que este se encontra inserido pois só assim se evita a transmissão de informações discordantes e indutoras de eventual sofrimento quer no doente quer na sua família. A reflexão associada ao dia-a-dia profissional bem como o treino de situações complexas e intimidantes devem constituir um instrumento de trabalho para que o acto de comunicar seja desenvolvido cada vez de forma mais natural e eficiente (Filho, 2008).

O modelo de comunicação de Buckman constitui para o enfermeiro um excelente foco orientador para a realização de uma actividade tão complexa quanto obrigatória e revestindo-se ainda de maior importância dada a existência linear de literatura nesta área. Poder analisar e estudar o protocolo citado constitui uma mais-valia para um exercício profissional responsável, determinado e consciente das dificuldades que rodeiam o processo comunicacional.

3.3. A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro

O desenvolvimento da tecnologia na área da Medicina fez com que os enfermeiros se dedicassem cada vez mais ao combate à doença, aos seus sinais e sintomas, atribuindo uma atenção menor à forma como comunicavam com os doentes, à importância da família em todo o percurso da doença e até ao trabalho em equipa (Gómez, 2006).

O desejável é que o doente em fim de vida seja acompanhado no decorrer de todo o processo pelas pessoas que lhe são queridas, que compartilham a sua vida e que fazem parte do seu património afectivo (desde que essa seja a vontade do doente). De qualquer forma, o enfermeiro assume um papel privilegiado dado que é com ele, muitas vezes, que o doente manifesta as suas dúvidas e as suas inquietações. Assim sendo, facilmente se determina que a vertente comunicacional é para o enfermeiro uma excelente oportunidade para a prestação de cuidados de qualidade (Magalhães, 2009).

Transmitir uma má notícia é um processo complexo e que exige do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino. É aceitável que nem sempre consiga corresponder da melhor forma às necessidades do doente, uma vez que também ele vivencia o processo de forma particular e intensa. Não será aceitável que não explore devidamente as suas capacidades comunicacionais (sejam verbais ou não verbais) procurando o melhor para o doente e a sua família e afastando-se emocionalmente de quem espera o seu apoio.

Uma comunicação insensível irá induzir no doente um elevado grau de stress, insegurança e desilusão face a alguém de quem espera apoio incondicional, criando no futuro um entrave difícil de ultrapassar para o estabelecimento da relação de ajuda (Jesus, 2009).

A transmissão de uma má notícia causa, muitas vezes, desconforto tanto no doente como no enfermeiro daí a sua complexidade. Na maioria das ocasiões, a má notícia nem contempla implicitamente a palavra morte mas, mesmo assim, a intensidade do que é transmitido é de tal ordem que causa dificuldade a ambos: ao doente, porque há uma quebra entre as suas expectativas e a realidade médica, ao enfermeiro, porque este tem a noção exacta de que induz sofrimento acrescido com quem assumiu um compromisso (Buckman, 1992).

Ao ser o transmissor de uma má notícia, o enfermeiro tem de estar consciente que quer o doente quer a sua família possam atravessar várias fases definidas por Kubler-Ross como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Em todas elas, deve agir convictamente e com base no respeito pela dignidade humana (Elias & Giglio, 2002).

O facto de o enfermeiro se sentir culpado, a forma como o doente e a família reagem ao que é transmitido, o expressar em demasia as suas emoções, revelando falta de profissionalismo e a dúvida em saber responder a todas as questões dos doentes constituem alguns dos medos revelados pelos enfermeiros (Perkin et al, 2007).

A experiência trará certamente muitos benefícios porque embora, cada caso seja um caso, se for alvo de reflexão e análise por parte do enfermeiro, irá permitir no futuro o abandono de comportamentos que em determinada situação não foram os mais desejáveis. O enfermeiro deve confiar em si, nos seus conhecimentos, nas suas habilidades e na sua convicção e confiar também no doente/família, acreditando que todos procuram definir o mesmo caminho de compreensão e tranquilidade.

Dar uma má notícia requer perícia, muito treino e tacto, características que se adquirem ao longo da vida e que trazem benefícios a todos os envolvidos no processo comunicacional (Leal, 2009).

O processo de transmissão de más notícias deve atingir quatro objectivos principais:

- Recolher informação do paciente. Isto permite determinar as informações que o mesmo detém e prepará-lo para o que se aproxima;
- Fornecer informação fácil de compreender, adequada ao paciente;
- Apoiar o doente, diminuindo o impacto emocional e minimizando a sensação de isolamento;
- Definir uma estratégia em termos de intervenção futura com a colaboração do paciente (Barreto, 2009).

O cuidado de Enfermagem inicia-se desde logo com a predisposição para agir, para adequar o seu pensamento e a sua acção em prol daquele a quem presta cuidados. Envolve uma articulação plena entre a maneira de ser do enfermeiro, os seus conhecimentos e as suas aptidões. (Lopes, 2006; Diogo, 2006).

A complexidade da natureza humana constitui, simultaneamente, um desafio e uma motivação para reflectir, aprender, modificar atitudes e comportamentos que nos tornem melhores pessoas e evidentemente, profissionais mais responsáveis, mais seguros e mais capazes. Não será nunca possível assegurar com toda a naturalidade que estamos aptos a transmitir uma má notícia de forma segura e com a certeza de que conseguimos envolver o outro da forma mais

eficaz possível, mesmo dando o tempo e espaço necessários ao doente para assimilar determinada circunstância (Freitas, 2000).

Dada a multiplicidade de factores que influenciam o processo de comunicação, deve constituir sempre uma preocupação do enfermeiro validar a informação transmitida ao doente, procurar saber de forma subtil mas determinada, o que o doente sabe, o que quer saber e o que sabe mas finge não saber (Melo, 2005).

É necessário valorizar um conjunto profundo de atitudes e certezas, compreendendo a dimensão intensa de todo o processo, mas não desistindo dele. O enfermeiro tem o dever ético e moral de acompanhar o doente após a transmissão de uma má notícia, fazendo jus à condição de “advogado” do doente, procurando o que é melhor para si, em termos futuros (Antunes, 2008).

Ao cuidar de um doente em fim de vida, tem de procurar estabelecer uma ponte eficiente entre as aspirações do doente e aquilo que é melhor para si. Limitar a sua intervenção apenas a condições técnicas não irá com toda a certeza permitir dar resposta a todas as necessidades do doente. É importante que tenha em consideração todas as dimensões da pessoa doente, desde a biológica, à emocional, à social e à espiritual (Araújo & Silva, 2007;Gomes, 2010).

No momento da transmissão de uma má notícia, o enfermeiro para além da oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica e individualizar o cuidado tem também a possibilidade de fornecer coragem para que a adaptação às novas circunstâncias possa ser feita da melhor forma possível (Silva & Zago, 2005).

O enfermeiro deve constituir-se como uma ajuda que permita ao doente e sua família minimizarem o sofrimento num processo que tem tanto de doloroso quanto difícil.

PARTE II

PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO IV. PERCURSO METODOLÓGICO

Padua (2004:16) afirma que “...a busca de uma explicação verdadeira para as relações que ocorrem entre os fatos, quer naturais, quer sociais, passa, dentro da chamada teoria do conhecimento, pela discussão do método.”

A investigação científica constitui o principal método para a obtenção de novos conhecimentos, colhendo dados observáveis e verificáveis (Fortin, 2009).

Só cumprindo parâmetros de rigor e exigência se pode garantir que o estudo desenvolvido é feito de forma correcta, cumprindo o objectivo major de desenvolver um trabalho de investigação, seguindo a metodologia adequada.

4.1. Objectivos da investigação

Segundo Carmo & Ferreira (2008:40), “o primeiro sentimento que nos assalta quando pretendemos entender o Mundo em que vivemos, é a perplexidade perante a transitoriedade, a novidade e a diversidade com que a vida social se nos apresenta, configurando um quadro desconhecido, por vezes mesmo assustador.” Esta ideia associada a uma outra de que tudo já se escreveu sobre determinado assunto podem alicerçar-se como entraves à investigação.

A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu descobrir que o tema da comunicação e, particularmente, no seio da Enfermagem não estava totalmente explorado, ao contrário do que inicialmente se supunha.

Assim sendo, o objectivo central desta pesquisa é explorar o impacto que a transmissão de uma má notícia exerce no enfermeiro.

Como objectivos específicos, podem referir-se:

- Descrever os sentimentos vividos pelo enfermeiro durante um processo de transmissão de más notícias;

- Caracterizar o relacionamento estabelecido pelo enfermeiro com o doente e família durante o processo;
- Caracterizar a relação existente com os demais elementos da equipa de enfermagem.

4.2. Questões de investigação

A investigação desenvolvida no âmbito das ciências sociais inside na vida do homem em sociedade, caracterizada por uma complexidade de factores que se interligam (Marcellino, 2002). Assim sendo, de acordo com os objectivos definidos para este estudo, foi desenvolvido um conjunto de questões de forma a reflectirem a investigação desenvolvida:

- Quais os sentimentos vividos pelo enfermeiro durante um processo de transmissão de más notícias?
- Que relacionamento se estabelece entre o enfermeiro e o doente e sua família durante o processo?
- Que relação existe com os demais elementos da equipa de enfermagem?

A escassez de investigação relacionada com a comunicação estabelecida pelo enfermeiro bem como o gosto pessoal por esta área fez com que surgisse a a pergunta de partida para este estudo: *Como vivencia o enfermeiro a transmissão de más notícias?*

Assim sendo, o meu propósito será contribuir com sugestões para que a transmissão de más notícias seja efectuada da forma mais benéfica possível tanto para o enfermeiro como para o doente e sua família.

4.3. Tipo de estudo

O tipo de investigação reporta-se a um estudo qualitativo e segundo Goldenberg (2004:14), “...na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo

social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajectória” daí a importância que exerce no campo das ciências sociais.

Para Pereira (1999:19), “dados ditos qualitativos podem ser extremamente difíceis de parametrizar. Podem envolver conceitos vagos, imprecisão e conceitos mal definidos. Esse fato está particularmente presente nas ciências sociais e, em algumas situações, cada vez mais prevalentes, na área da saúde.”

Ainda segundo Rey (2002:53) citando Dembo, “estudar as condições de comunicação, analisá-la e melhorá-la são as melhores tarefas da pesquisa qualitativa” daí que tendo em consideração os objectivos formulados para a pesquisa em causa tenho sido este o método escolhido e não outro.

As características básicas da pesquisa qualitativa incluem (Moreira,2002):

- Primazia da interpretação em detrimento da quantificação (o pesquisador está interessado na interpretação que os participantes têm da situação em estudo);
- Ênfase na subjectividade e não na objectividade (o interesse primário diz respeito à perspectiva dos intervenientes);
- Flexibilidade quanto à construção da pesquisa (a complexidade das situações não permite uma definição exacta do percurso a seguir);
- Orientação para o processo e não visando o resultado (importa o entendimento e não um objectivo predeterminado);
- Importância do contexto (o comportamento da pessoa influencia a situação em estudo);
- Impacto do processo de pesquisa sobre a situação em si (o investigador exerce influência sobre a situação e é também ele influenciado) (Moreira, 2002).

A pesquisa qualitativa tem como objectivo alcançar uma compreensão qualitativa das razões e motivações subjacentes, a amostra engloba um pequeno número de casos não representativos, a colheita de dados é não estruturada, a análise de dados é não estatística e os resultados desenvolvem uma compreensão inicial (Malhotra, 2004).

Enquanto a metodologia da pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplica, geralmente, alguma forma de análise estatística, a metodologia da pesquisa qualitativa é não estruturada, exploratória e baseada em pequenas amostras que proporciona percepções e compreensão do contexto do problema (Malhotra, 2004).

O método qualitativo tem várias vantagens, nomeadamente, torna possível a compreensão dos temas de uma forma mais ampla, permite aumentar o potencial de revelação do fenómeno em estudo, aumenta a conexão de significados com a realidade estudada e possibilita o uso dos dados recolhidos para estudos futuros. Como qualquer método também é passível de apresentar desvantagens, tais como, a subjectividade do investigador, a maior quantidade de tempo necessária para a colheita de dados, interpretação e análise de conteúdo das entrevistas, a existência de conclusões baseadas em características próprias do investigador e ainda o facto de requerer um maior nível de experiência e habilidade por parte deste (<http://www.psicologianet.com.br>).

A investigação implica quase sempre a associação de duas realidades: mudança e progresso não constituindo a área da saúde, uma excepção. Sendo a Enfermagem uma ciência tão complexa imediatamente se conclui que desenvolver investigação na área citada será sempre uma mais-valia. Não pode, no entanto, ficar subjacente a ideia de que realizar investigação só por realizar será benéfico. Pelo contrário, o percurso a desenvolver deverá ser sempre caracterizado pelo rigor, eficácia e excelência. A investigação não se compadece de linhas orientadoras mal definidas e ténues, pelo que desde a realização do projecto, o tipo de estudo deve ser claramente definido. Só assim o percurso orientador poderá respeitar eficazmente os objectivos a alcançar.

A selecção correcta do tipo de estudo a desenvolver é decisiva para o sucesso ou ausência dele em qualquer investigação.

Como afirma o Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (2009:7), “a solidez e consistência da pesquisa na área da Qualidade de Vida terá naturalmente como consequência a conquista de novos espaços, modalidades e estratégias de investigação.”

No presente estudo, para responder da melhor forma à questão de investigação, desenvolveu-se um estudo:

- Qualitativo (quanto ao modo de abordagem);
- Descritivo (quanto ao objectivo geral);
- Exploratório (quanto aos procedimentos técnicos).

As características referentes ao estudo qualitativo já foram abordadas anteriormente pelo que não serão aqui mais uma vez referidas.

Segundo Cooper & Schindler (2003:31), “um estudo descritivo tenta descobrir respostas para as perguntas *quem, o que, quando, onde* e, algumas vezes, *como*. O pesquisador tenta descrever ou definir um assunto, normalmente criando um perfil de um grupo de problemas, pessoas ou eventos. Tais estudos podem envolver a coleta de dados e a criação da distribuição do número de vezes que o pesquisador observa um único evento ou característica (conhecido como **variável de pesquisa**) ou podem envolver a relação da interação de duas ou mais variáveis.” Na investigação a desenvolver pretende saber-se como vivencia o enfermeiro a transmissão de más notícias sendo este tipo de estudo o que poderá responder da melhor forma às questões efectuadas.

Ainda na perspectiva de Fortin (2000:163), “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

O objectivo principal do estudo descritivo consiste em descrever as características de determinada população ou fenómeno ou ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis. Observar, registar, analisar, descrever e correlacionar fenómenos sem os manipular são características essenciais deste tipo de pesquisa (<http://www.eps.ufsc.br>).

O facto de a transmissão de más notícias no seio da Enfermagem ser uma área pouco estudada justifica plenamente a realização de um estudo exploratório, dado que estes são usados quando pouco se conhece sobre o assunto, tendo como objectivo conhecer melhor os fenómenos em causa ou descobrir novas ideias a respeito dos mesmos e sendo frequente que as suas conclusões gerem hipóteses para pesquisas futuras (<http://edgardiogo.blogspot.com>).

Ao realizar um estudo exploratório, o investigador consegue identificar o objecto de estudo, o tema e quais as bases teóricas necessárias para assegurar a sustentabilidade do mesmo (Filho & Tachizawa, 2003).

O tipo de estudo descrito procurou assim alcançar os objectivos definidos previamente com vista ao sucesso da investigação.

4.4. Descrição e caracterização dos contextos

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Egas Moniz que faz parte do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, instituição de saúde com estatuto de Entidade Pública Empresarial e que integra também o Hospital de Santa Cruz e o Hospital de S. Francisco Xavier.

As entrevistas foram realizadas no Serviço de Medicina, em dias úteis e sempre no período correspondente ao turno da manhã não excedendo a realização de mais de duas entrevistas por dia.

4.5. População e amostra populacional

Os enfermeiros prestadores de cuidados directos ao doente constituíram a população-alvo, por serem eles com maior frequência, os transmissores de más notícias quer aos doentes quer às suas famílias. Embora seja ao médico que compete habitualmente esta função, sabemos que se relativamente à transmissão do diagnóstico ela é válida, o mesmo não acontece com o prognóstico e evolução da doença. São os enfermeiros que muitas vezes acabam por assumir esse papel, dado que estão com o doente as vinte e quatro horas do dia e são eles que maioritariamente contactam com os familiares. É aos enfermeiros que os familiares recorrem muitas vezes ávidos de informação, sendo impossível a estes profissionais contornarem as suas preocupações. É importante reconhecer que existe uma ténue fronteira entre aquilo que deve ser transmitido unicamente pelo médico e o que pode ser transmitido quer por este quer pelo enfermeiro. O bom senso, a sensibilidade e o respeito mútuos devem pois imperar no seio da equipa de saúde com vista ao bem comum.

A técnica de amostragem não probabilística por selecção racional permitiu identificar a amostra:

- Enfermeiros prestadores de cuidados directos ao doente em contexto hospitalar (foi seleccionado, aleatoriamente, um serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz);
- Sem formação específica em Cuidados Paliativos;
- Detentores de mais de 3 anos de experiência profissional.

Foram identificados estes critérios de inclusão por se considerar que seriam os mais eficazes na obtenção da amostra que respondesse às questões e aos objectivos da investigação.

4.6. Procedimentos na recolha dos dados

Num contexto de cuidados, a entrevista é antes de mais um encontro previsto e planificado e o estabelecimento de contacto entre dois seres humanos que se aceitam e respeitam, procurando desenvolver um objectivo comum (Phaneuf, 2002). Atendendo aos objectivos do trabalho e ao nível de conhecimentos do fenómeno em estudo (as respostas às questões formuladas não se encontram na documentação disponível), considerou-se pertinente recorrer a esta estratégia para a obtenção dos dados necessários.

Para Guerra (2006:22), “do ponto de vista relacional, a entrevista (ou a observação) exige o mesmo que qualquer outra técnica de recolha de informação decorrente do estabelecimento de uma relação de confiança: neutralidade e controlo dos juízos de valor, confidencialidade, clareza de ideias para as poder transmitir e devolução dos resultados.”

Ainda segundo Guelffi et al (2009:73), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas ou mais que se interagem a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto. Trata-se de um instrumento de conhecimento interpessoal, que permite a captação imediata da informação desejada.”

A entrevista apresenta algumas vantagens e desvantagens. Quanto às primeiras, pode referir-se o facto de permitir um estudo mais abrangente e determinado sobre temas complexos onde a emoção seja predominante, como é o caso da análise de sentimentos. Além disso, permite que eventuais erros de interpretação sejam mais facilmente detectados. No entanto, a complexidade da entrevista pode fazer com que os dados sejam mais difíceis de analisar, implicando um aumento de tempo e dedicação para responder aos objectivos traçados inicialmente (Fortin, 2000).

Reconhecendo o grau de liberdade cedido aos interlocutores e o grau de complexidade da investigação, pode caracterizar-se a entrevista como parcialmente estruturada pois apesar das questões estarem pré-determinadas, não obedecem a um esquema rígido, incluem uma

vertente de questões abertas onde é dada a possibilidade ao enfermeiro de se exprimir livremente, sem convenções de qualquer tipo.

Na entrevista parcialmente estruturada, são identificados os temas e de seguida são formuladas as questões segundo a ordem que mais convém ao investigador (Fortin, 2000).

A opinião transcrita anteriormente é defendida também por Manuel (2007:125) ao assegurar que, este tipo de entrevista permite “flexibilidade e abertura na abordagem dos assuntos, como uma conversação informal, sendo dada ao entrevistado plena liberdade para falar sobre os temas que lhe são propostos.”

Assim sendo, a entrevista parcialmente estruturada foi desenvolvida com base em categorias definidas a priori. A partir destas, foram definidos os objectivos específicos do trabalho e formuladas as questões de investigação.

O guião de entrevista foi elaborado tendo em consideração o modelo de comunicação de Buckman (já abordado anteriormente), a revisão bibliográfica efectuada e os objectivos da própria investigação (Anexo III).

4.7. Procedimentos no tratamento e análise dos dados

A análise de conteúdo é segundo Coutinho (2010) e citando Berelson “uma técnica de investigação para a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” constituindo, hoje em dia, uma das técnicas mais utilizadas na investigação empírica proveniente das Ciências Humanas e Sociais (<http://claracoutinho.wikispaces.com>).

Bardin (2008:33) define análise de conteúdo como “um *conjunto de técnicas de análise das comunicações*. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.” Tendo em conta que a base do estudo em causa é a comunicação rapidamente se percebe o porquê de ter sido esta a técnica utilizada.

Na actualidade, poucas são as investigações no domínio das Ciências Sociais, que de forma exclusiva ou em complementação com outras técnicas, não recorram à Análise de Conteúdo.

Não se pense, no entanto, que esta é uma técnica utilizada exclusivamente por investigadores creditados, é frequentemente utilizada de forma empírica por qualquer pessoa enquanto fonte de leitura e interpretação. Assim sendo, para ser considerada metodologia científica terá de respeitar um conjunto de etapas que lhe forneçam o rigor e a validade necessários (<http://www.esenfc.pt>).

O objectivo da investigação consiste em transformar a informação obtida junto dos participantes em algo interpretável e que tenha significado para o investigador, as denominadas categorias de análise. Após a codificação do material (transformar segundo regras de recorte, agregação e enumeração, dados brutos do texto em representações de conteúdo que esclareçam o investigador sobre as características que procura) segue-se a análise das entrevistas e para isso é necessária a definição de Unidades de registo e de contexto (<http://claracoutinho.wikispaces.com>).

A unidade de registo corresponde à unidade de significação a codificar, correspondendo ao segmento de conteúdo considerado como unidade base para a categorização e contagem frequencial. A unidade de contexto corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) permitem compreender a significação exacta da unidade de registo. A regra de enumeração diz respeito ao modo de contagem e ao número de vezes que se repete a unidade (Bardin, 2008).

A análise de conteúdo engloba três pólos cronológicos:

- A pré-análise – diz respeito à fase de organização propriamente dita embora seja composta por actividades não estruturadas, tais como, a leitura “flutuante”, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objectivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores;
- A exploração do material – fase longa e que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração;
- O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Posteriormente, podem então propor-se inferências e adiantar interpretações tendo em vista os objectivos previstos (Bardin, 2008).

De acordo com a metodologia utilizada, o conteúdo proveniente das dez entrevistas foi desmontado e analisado recorrendo a um estudo minucioso das palavras e das frases que o compunham, procurando fragmentá-las e agrupá-las posteriormente por categorias, segundo o

mesmo sentido e a mesma intencionalidade e tendo como base de sustentação os objectivos pré-estabelecidos do estudo. Após efectuar uma avaliação, enumeração e comparação rigorosas procurou determinar-se quais os indicadores que se destacavam dos restantes com a intencionalidade de ir estruturando bases de análise dentro da significação obtida. Dessa forma, foi possível obter vários quadros (num total de 17 e que serão apresentados posteriormente) criando uma linha orientadora de conclusões mais fidedigna e mais real. No fundo, procedeu-se a uma análise categorial que significa desmembrar o texto em unidades (Bardin, 2008).

A categorização na análise de conteúdo deve obedecer a vários critérios para garantir o rigor e a qualidade dos dados recolhidos:

- Validade – é uma característica inicial e básica de todo e qualquer conjunto de categorias. Dizer que uma categoria é válida é dizer que é adequada, pertinente, significativa e útil em termos do trabalho proposto;
- Exaustividade – deve possibilitar a inclusão de todas as unidades de análise;
- Homogeneidade – a organização deve ser fundamentada num único princípio ou critério de classificação;
- Exclusividade – um mesmo dado não pode ser incluído em mais do que uma categoria;
- Objectividade – as regras de classificação são explicitadas com suficiente clareza para que possam ser aplicadas consistentemente ao longo de toda a análise.

A construção da validade e das demais características descritas anteriormente deve ocorrer ao longo de todo o processo de análise porque só assim podem ser atingidos os objectivos definidos (<http://cliente.argo.com.br>).

4.8. Considerações éticas

O procedimento necessário à colheita de dados teve início a 3 Agosto de 2010 com o envio de um pedido de realização do mesmo ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. – Hospital de Egas Moniz, instituição de saúde localizada na zona ocidental de Lisboa e onde exerço a minha actividade profissional.

Após aprovação pelo Comité de Ética da Instituição (Parecer aprovado em 24.09.10, Anexo I), os dados foram colhidos entre Dezembro de 2010 e Janeiro 2011, no Serviço de Medicina IIA (escolhido aleatoriamente de entre os demais serviços de Medicina existentes no hospital citado), sempre no turno da manhã (para poder contar com a colaboração da Enfermeira Coordenadora que foi seleccionando e indicando os enfermeiros que poderiam integrar a amostra pretendida) por meio de entrevista semi-estruturada, gravada, após assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo II). As entrevistas foram transcritas, posteriormente, na íntegra e respeitando-se a coloquialidade do discurso. Todos os dados transmitidos pelos enfermeiros foram geridos segundo os princípios éticos da confidencialidade, da beneficência, não-maleficência e da autonomia.

PARTE III

RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os factores de inclusão descritos anteriormente permitiram obter uma amostra constituída por 10 enfermeiros e cujas características, após análise do questionário (Anexo IV) preenchido por cada um dos entrevistados (com excepção de uma enfermeira que, à data de entrega do questionário, já se tinha ausentado para exercer funções em Londres), são as seguintes:

- Sete enfermeiros do sexo feminino e dois enfermeiros do sexo masculino;
- A média de idade é de trinta e um anos;
- Seis dos enfermeiros são solteiros e apenas três são casados;
- Todos os enfermeiros detêm como grau académico a Licenciatura;
- A maioria dos entrevistados concluiu a Licenciatura em 2005 (três enfermeiros), dois terminaram em 2006 e outros dois em 2007. Apenas um profissional concluiu a sua formação académica em 2004 e outro concluiu em 1995;
- Apenas três enfermeiros (do sexo feminino) constituíram a sua própria família, referindo a existência de marido e filhos, três dos enfermeiros vivem ainda com um dos progenitores ou com os pais e irmãos e três deles referem viver sozinhos;
- Quanto ao tempo de prestação directa de cuidados, dois enfermeiros referem fazê-lo há dezassete anos, seguido de um enfermeiro há sete anos, dois enfermeiros contabilizam seis anos, um enfermeiro cinco e a maioria (três enfermeiros) referem quatro anos;
- Relativamente ao tempo de trabalho no serviço actual, a maioria (três enfermeiros) trabalham lá há quatro anos, seguido de dois que exercem lá funções há seis anos, um enfermeiro exerce há sete anos, outro enfermeiro exerce há cinco, outro ainda exerce há três e existe um enfermeiro que refere desempenhar funções no serviço actual há apenas cinco meses.

A análise de todas as entrevistas cujo guião se encontra em Anexo (Anexo III) permitiu obter os resultados que a seguir se apresentam em forma de quadro.

A entrevista foi estruturada segundo cinco blocos sendo que após a legitimação da mesma e a activação da memória, o terceiro bloco (cuja análise corresponde aos cinco primeiros quadros) procurou atribuir significados à experiência vivida pelo enfermeiro tendo como objectivos, identificar percepções e sentimentos decorrentes da situação descrita, identificar o sentido atribuído e a relação entre a experiência pessoal e a vivência abordada.

Quadro 1. Atribuição de sentimentos à experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Sentimentos	“A pessoa sente-se sempre um bocadinho impotente...”	6	
	“... incapacidade para lidar com aquela situação, a falta de apoio, não conseguimos transmitir à família que notamos que ela precisa de apoio mas não temos disponibilidade para lhe dar...”	1	
	“... fiquei um bocado nervosa, um bocado triste...”	1	
	“Uma pessoa, às vezes, fica um bocado sem saber o que é que há-de dizer mais, às vezes, opta por não dizer tanto e estar mais presente...”	1	
	“... a pessoa fica ou impaciente ou um bocado frustrada com a reacção deles...”	2	
	“... outras vezes, uma pessoa fica realmente com pena...”	1	
	“No meu início profissional sentia mais aquela ansiedade, aquela desilusão e agora é um misto porque os familiares são cada vez mais intensos, mais exigentes mas para nós e não para eles.”	1	
	“... não podermos fazer nada, também não saber muito bem como agir para minimizar a dor e o desconforto da família...”	1	
	“O apoio à família nestas situações, eles agradece imenso e até mesmo nós ficamos melhor connosco próprios, é uma sensação de alívio no sentido de pelo menos termos feito alguma coisa.”	1	
	“Um nome mais específico, mais sentido...tocou-me mais...compaixão.”	1	
	“Sempre que nós entrávamos no serviço e ficávamos com aquele doente tínhamos sempre um bocado de receio... o que é que irá acontecer hoje, saberemos ou não lidar com a situação.”	1	
	“Revolta, talvez...”	1	
	“Uma pessoa queria sempre tentar ter aquela defesa, não se envolver muito...”	1	
	“A família é um bocadinho a nossa família, as dúvidas delas, os receios delas são um bocado os nossos receios, os medos deles são um bocado os nossos medos também e nós acabamos por nos pôr um bocado na situação deles e acabamos por ver aquela doente naquela cama não já como uma doente, mas como um bocadinho de nós.”	1	
	“Às vezes, na altura, se calhar nós somos um bocadinho frios. Dizemos as coisas mas que aquilo nos bate depois, parece que estamos em velocidade cruzado e dizemos...”	1	
“Uma certa angústia.”	1		
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 22	

Quadro 2. O que foi mais significativo na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
O mais significativo	“O facto da esposa ao fim de muita insistência... realmente termos conseguido que ela entendesse, nunca a 100%, a situação.”	1	
	“... Há outros doentes com quem criamos uma relação de empatia, a brincar connosco, nós também gostamos deles e nesses doentes acaba por ser muito mais difícil quando acontece este tipo de situações.”	1	
	“... é muita coisa, muita burocracia, os familiares estão cada vez a desajudar mais. Às vezes, é um bocado frustrante, por mais que faça e tente fazer as coisas bem... parece que nunca há um bem. É sempre assim uma coisa muito linear para eles.”	1	
	“... a carga psicológica muito elevada.”	1	
	“Há sempre um crescimento, a forma de abordagem do doente, como lidar com os familiares que têm reacções completamente diferentes...”	3	
	“... ver o desejo dela realizado. Isso teve muito significado para mim.”	1	
	“... ali tínhamos mesmo que intervir e estívemos, constantemente, em contacto directo com a esposa e a conclusão que eu tive é que nesta situação afinal consegui desenvolver alguma empatia e alguma confiança da senhora, talvez coisa que eu não sabia se iria conseguir...”	1	
	“... uma envolvimento tão directa...talvez nunca tivesse tido e ali realmente acabou por correr tudo, pelo melhor, dentro do possível...”	2	
	“... a lição que nós tiramos disso como profissionais, não é? Pessoalmente, ganhamos, é o carácter que a gente vai construindo e profissionalmente, também. Vamos construindo o nosso ser.”	1	
	“O processo rápido de luto que eu tive de fazer.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 13	

Quadro 3. Que significado teve para o enfermeiro a experiência vivida

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Significado	“Acho que é gratificante...”	1	
	“Normalmente esses doentes criam laços com a equipa toda e ficamos todos abatidos quando há esse tipo de situações, ficamos em baixo...”	2	
	“Com o passar dos anos e com a experiência profissional, vamos adquirindo outras defesas que não tínhamos no início de carreira. Se calhar, agora consigo controlar melhor as emoções e gerir melhor os sentimentos.”	1	
	“Talvez essa situação específica, foi aquela em que eu melhor soube lidar...”	1	
	“Cada história é uma história, cada caso é um caso mas fui percebendo, vivendo e tentei acompanhar aquela vivência dos familiares.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 6	

Quadro 4. Impacto na vida pessoal do enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Impacto na vida pessoal	“Sim, é sempre uma situação marcante...”	2	
	“Na vida pessoal eu tento evitar que tenha impacto. Normalmente, tem impacto na vida profissional...quando nós cá estamos acaba por nos afectar bastante, não é? Na vida pessoal eu tento evitar levar este tipo de situações para casa. Tento apenas ir ao local de trabalho e normalmente consigo fazer isso.”	1	
	“Não. No início, levava tudo para casa mas uma pessoa depois aprende a ter assim um despejo...saí, saí...agora vou ao supermercado, vou fazer a minha vida, vou tomar café...”	1	
	“Não, na minha vida pessoal, não. Até agora, pelo menos, tenho conseguido separar as coisas, porque no fundo temos de encarar isto como a nossa profissão, o nosso trabalho e tentar sair daqui do serviço, do hospital e deixar isto para trás e, lá fora é a nossa vida e não tem nada a ver.”	2	
	“Se calhar, permitir mais... apelar mais aos desejos dos doentes...mais por aí.”	1	
	“Mais ou menos...tento descolar, entre aspas, mas naqueles...a curto prazo, sim.”	1	
	“No princípio, desenvolveu.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 9	

Quadro 5. Tradução do impacto da experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Tradução do impacto	“Tive de enfrentar de maneira diferente, olhar para as coisas de maneira diferente, valorizar mais...”	1	
	“Dá-se valor às coisas simples...claro que nós somos humanos não somos máquinas, não conseguimos... Cada caso é um caso mas se calhar essa história ou várias histórias... depois damos valor a certas coisas, olhamos para os nossos familiares, para as nossas histórias, para os nossos amigos de forma diferente.”	1	
	“Desenvolveu, se calhar, não é revolta mas aquele sentimento de não conseguir manter a distância que eu teria que ter mantido.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 3	

O seguinte bloco da entrevista procurou identificar as dificuldades e as representações sobre o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, correspondendo a esta análise os oito quadros seguintes.

Quadro 6. O mais difícil de gerir na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
O mais difícil de gerir	“A revolta da esposa porque ela não conseguiu assimilar... também nós termos de dizer coisas, às vezes, muito pouco agradáveis. É marcante.”	1	
	“Tentar...ver que isto é o nosso trabalho. São situações que fazem parte do nosso trabalho e às vezes, é difícil encarar isto como algo natural mas... acaba por ser. Porque a morte é algo natural, não é nada fora daquilo que seja o contexto da vida. A vida tem um limite que é a morte e, às vezes, é tentar racionalizar e interpretar isso como algo que é inevitável.”	2	
	“O facto da família estar presente e ver a dor da família...”	4	
	“Conseguir fazê-lo entender... o senhor estava arrasado, a chorar... fazê-lo entender o bom... que havia outra hipótese... que não era só... encaram logo como o fim.”	1	
	“A culpabilização inicial da esposa em todos os nossos actos, ou porque nós não agíamos o suficiente, os nossos cuidados não eram suficientes... aí foi aquilo que mais me custou, a falta de consciência da esposa de ver que realmente nós não tínhamos muita mais margem de manobra, fazíamos o que podíamos... mais do que isso, não era possível...”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 9	

Quadro 7. Relação com o doente na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Relação com o doente	“Ótima...”	1	
	“Temos muitos doentes que não têm grande relação connosco... são doentes que estão, não comunicam... não há criação daqueles laços que muitas vezes existem nas relações no hospital...”	1	
	“Era uma pessoa que estava numa fase terminal e sinceramente, a ideia que eu tenho é que ela já entrou cá um bocado prostrada, com um nível de consciência bastante baixo. Não tinha grande relação de empatia.”	1	
	“No meu serviço, serviço de Medicina, a maior parte dos doentes são confusos, desorientados... ali um doente orientado, independente, sempre super cordial connosco...já tinha tido um internamento anterior e reconhecia-nos como prestadores de cuidados.”	2	
	“Nós temos de ser imparciais, prestar cuidados de forma imparcial, não favorecer nenhum doente mas com aquela senhora eu notava que nós tínhamos mais carinho.”	1	
	“Tínhamos uma boa relação, era um doente até, podemos dizer, fácil... ao contrário da esposa percebia perfeitamente a situação dele, compreendia-nos, nunca punha em questão os nossos cuidados, apenas exigia o normal, não queria era ter dores mas de resto era um doente, tínhamos muito boa relação... comunicava quando tinha desconforto.”	2	
	“Era espectacular.”	1	
	“Era amorosa e com o défice que tinha porque era ainda elevado, ela era muito amorosa e havia...pronto, não tinha nada a dizer, a própria equipa tomava como nosso, era o nosso benjamim...”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 10	

Quadro 8. Relação com a família na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Relação com a família	“Para as famílias é sempre difícil encarar essas situações porque normalmente não estão preparadas, muitas vezes, não são...na minha opinião, não são devidamente alertadas ou pelo menos pô-las um pouco mais despertas na eventualidade de que essas situações surjam...e por vezes, apanham assim com um impacto muito grande, não estão minimamente à espera desse tipo de notícias e às vezes o impacto é muito grande e elas ficam um pouco à deriva...”	1	
	“Os familiares são diferentes, as pessoas são diferentes... há uns que reagem bem, outros que reagem mal...há uns que querem falar, outros que não querem, há outros que não querem ver mais porque não querem ficar com aquela última imagem...a gente, às vezes, vai tentando fazer uma leitura.”	1	
	“Havia grande cumplicidade entre a família e o doente e foi muito penoso para eles e acabou por ser para mim, também.”	1	
	“A esposa aceitou pior do que o doente mas foi mais a abordagem de nós com o filho e posteriormente a ligação filhos com a mãe a fazê-la entender que não era assim tão mau.”	1	
	“Nesse momento foi mais reconfortá-las, elas aceitaram a nossa presença... a nossa ajuda.”	1	
	“A relação com a esposa também foi francamente boa, não tenho razão de queixa... ela comigo nunca foi inconveniente, tão inconveniente ao ponto de eu fiar magoada, com ela nunca aconteceu, tive sempre muito boa relação com ela, sempre com aquele sentimento de pena pelo que ela estava a passar.”	2	
	“Ótimo, ótimo, ótimo.”	1	
	“Era uma família sempre presente na hora das visitas. Isso eu sei e pronto...há sempre a facilidade, os serviços não são assim tão estanques e vinham, pediam para entrar, é aquilo que me recordo.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 9	

Quadro 9. Dificuldades sentidas na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Dificuldades sentidas	“O doente não tinha noção nenhuma do que lhe estava a acontecer.”	1	
	“A não aceitação da realidade... mesmo ao dizê-lo directamente, porque chegou uma altura em que teve mesmo de ser dito, não havia...Entrou completamente em negação...”	1	
	“Os familiares ficam sempre muito abatidos e por vezes acho que há alguma incapacidade nossa em lidar com essas situações de perda, não é? E também muitas vezes o que eu noto é a falta de tempo para falar com a pessoa...”	2	
	“Gerir a situação...”	2	
	“Tínhamos de nos envolver directamente com a situação... ouvir, por vezes, a reacção da esposa para connosco, muitas vezes, não foi a mais formal digamos assim, por vezes, tornou-se um bocadinho inconveniente, até violenta em algumas situações...”	1	
	“Amigos pessoais próximos com casos parecidos... fazemos sempre comparação.”	1	
	“Nós investimos, investimos e duramos e duramos e não queremos acreditar que aquilo um dia vai chegar ao fim e negamos essa parte.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 9	

Quadro 10. Contacto com os restantes membros da equipa na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Contacto com os membros da equipa	“Normalmente nós estamos responsáveis sempre pela mesma sala e é inevitável que houvesse uma relação mais forte.”	1	
	“Já não me consigo recordar bem porque já foi há algum tempo...”	1	
	“Normalmente nós somos distribuídos por sala, somos enfermeiros responsáveis e tenho duas ou três colegas vieram mais ou menos do mesmo...se bem que, se calhar, na altura em que o doutor falou com a família fui eu que assisti duas vezes, se calhar elas não assistiram mas o desenrolar acho que também vivenciaram mais ou menos da mesma forma que eu.”	1	
	“A equipa tinha um pequeno grupo que estava mais próximo dela, tanto da família como da doente porque era aquele grupo que mais estava com a doente...”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 4	

Quadro 11. Partilha de informação com os restantes elementos da equipa na experiência vivida pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Partilha de informação	“Sim. Normalmente também costumamos falar entre os elementos que costumam ficar com aquele determinado doente ou aquela família, mesmo que não seja a sala onde ele vai ficar hoje... pronto, conhece aquele doente, conhece a família.”	7	
	“Sinceramente, não. O que disse foi que a doente tinha falecido na presença dos familiares, os familiares tinham tido conhecimento na altura e que tinham estado lá um bocadinho, entretanto tinham saído... não me alonguei mais.”	1	
	“Não, não...nem reunidos.”	1	
	“Sim, partilhámos...e partilhámos com a médica assistente e ponderou-se entretanto a chamada da psiquiatria, do psicólogo para propriamente vir assistir a esposa.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 10	

Quadro 12. Necessidades identificadas no doente pelo enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Necessidades identificadas	“No doente... talvez apoio emocional mas ... era um senhor que realmente tinha muitas muitas dores, embora ele não associasse à situação real que estava a viver...era mais a esse nível. Apoio emocional e alívio da dor.”	2	
	“Para o doente e uma vez que é a parte mais afectada, também para melhor lidar com esse tipo de más notícias devia haver algum tipo de acompanhamento, saber como o doente recebe essa notícia, qual é que é a reacção dele pós notícia porque...muitas vezes eles ouvem a notícia mas entra por um ouvido e sai por outro mas se calhar passado algum tempo começam a interiorizar e perceber isso...e muitas vezes temos aí doentes com humor deprimido ou labilidade emocional e na maior parte dos casos não têm qualquer tipo de apoio, não fazem qualquer tipo de medicação pronto...são assim deixados... a parte psicológica é um pouco deixada para o lado.”	1	
	“O controlo da dor, o máximo de conforto possível e o mínimo de... (também não nos cabe a nós) ... lá está... não temos também todo o poder sobre isso... o mínimo de medidas invasivas.”	3	
	“Sim... a nível mais de apoio à família. O senhor estava um bocado, vamos dizer, mentalizado... os familiares, a família é que não.”	1	
	“De qualquer âmbito... ela era uma doente totalmente dependente, ligada a um BIPAP, que sempre gostou de comer e nunca desistiu de viver. Ela só desistiu um bocadinho de viver no dia em que deixou de comer pela boca.”	1	
	“A comunicação era uma delas mas pela linguagem gestual acho que a gente comunicava bem, a própria família ensinou-nos alguns truques... o que é que ela queria, o que é que ela não queria...”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 9	

Quadro 13. Competências a que o enfermeiro recorreu na experiência vivida

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Competências recorridas	“Normalmente, nós tentamos em primeiro caso, tentar sempre animar o doente, tentar recordar-lhe coisas boas que normalmente o façam rir, que o façam ficar mais alegre, tentar numa primeira fase pronto...puxar...numa segunda fase, quando identificamos que o doente está deprimido, pouco colaborante, em negação... ver se eles da parte médica podem, se quiserem ter algum apoio da psicologia ou mesmo a nível da medicação para tentar também puxar um bocadinho aquela pessoa e levantar-lhe a auto-estima.”	1	
	“Manter a calma, o fazer as coisas com a maior calma possível, dar espaço à pessoa, estarem lá um bocado, se havia mais alguém que se quisesse despedir... disponibilizar que viesse mais algum familiar ao serviço.”	1	
	“Nestas situações, o máximo que nós podemos fazer... além do suporte, lá está, do controlo da dor e prestar o máximo de conforto possível também passa pelo apoio psicológico à família.”	3	
	“A parte do toque, o silêncio... acho que isso é super importante, deixá-lo... às vezes, não são as palavras que se dizem, é o estar ali presente.”	2	
	“Normalmente, tentamos sempre não nos envolver muito e tentar ir buscar... pronto, depois também há toda uma teoria a que recorremos mas emocionalmente, se calhar, envolvi-me um bocadinho porque não consegui... embora sendo um profissional, não é? Quando o médico falava, eu tentei também estar presente, não tentei fugir, tentei perceber, quis tentar dar o meu apoio.”	1	
	“Muitas... eu chegava ao quarto e só pelo olhar dela conseguia perceber o que é que ela precisava, nem precisava perguntar. Havia uma química já muito grande.”	1	
	“Aprendemos alguns truques que eram perguntas fechadas... o sim ou o não. A gente sabia quando é que ela queria dizer o sim ou o não, porque ela estava ventilada... mas isto era uma técnica quase geral para todo o doente ventilado.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 10	

O quinto e último bloco da entrevista é relativo à aprendizagem e suporte desenvolvidos tendo como objectivos identificar as aprendizagens e os mecanismos de suporte. A esta análise correspondem os quadros seguintes.

Quadro 14. Aprendizagem obtida pelo enfermeiro na experiência vivida

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Aprendizagem obtida	“Sim, principalmente a nível da insistência e da persistência.”	1	
	“Sim, nós vamos aprendendo sempre em cada situação que nos surge, nós vamos sempre ganhando, pronto... para além da experiência, ganhando mais competências, saber como é que das próximas vezes podemos lidar com essas situações... vamos ganhando “calo””.	6	
	“Nem toda a gente reage bem e, às vezes, é complicado de gerir mas sim, vai-se aprendendo...”	1	
	“A valorizar mais a presença, o estar lá...”	1	
	“Aprendi a nunca desistir, aprendi que acima de tudo tinha de desenvolver mais a distância, aprender ainda mais e batalhar ainda mais sobre essa distância porque tinha um envolvimento tão grande...”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 10	

Quadro 15. Existência de benefício na aprendizagem obtida pelo enfermeiro na experiência vivida

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Existência de benefício	“Sim.”	3	
	“Claro, é sempre benéfica.”	3	
	“Sim, alertou-me para várias questões e mesmo com outros doentes a pessoa vai aprendendo.”	1	
	“Muito.”	1	
	“Assim de maneira tão isolada, não. O conjunto dessas, sim.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 9	

Quadro 16. Mudança de comportamento depois da aprendizagem obtida pelo enfermeiro na experiência vivida

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Mudança de comportamento	“Foi tão recente...”	1	
	“Sim... tanto que ficamos mais alertas para determinados sintomas e começamos a aperceber-nos mais rapidamente do estado psicológico daquele doente. Pronto. Ganhamos esse tipo de conhecimento.”	1	
	“Ter mais calma... às vezes, uma pessoa no início vai de um lado para o outro e vai buscar e pergunta... agora não. A pessoa tem mais aquele “1,2,3...” agora vou fazer aquilo. Não ando tanto de um lado para o outro, estar ali mais centrada... as coisas saem, uma pessoa já não gagueja tanto. Já está mais à vontade, já não é a primeira vez... lembra-se do que aconteceu ou mesmo que não se lembre já sai um bocado como um mecanismo inconsciente... agora vou fazer isto, vou fazer aquilo... acho melhor assim, acho melhor assado... é bem melhor.”	2	
	“Ajudou-me... eu estava um bocado no início de carreira e acabou por ser um impacto na altura mas depois ajudou-me a encarar a morte de outra maneira e depois, já houve situações semelhantes em que eu já consegui gerir melhor as minhas emoções.”	1	
	“Sim, sim, sim... tentar estar sempre presente, ao máximo...”	2	
	“Não, permaneci igual porque penso que correu tudo tão bem... resultou... a minha forma de estar naquele momento resultou tão bem que não mudei nada, permaneci exactamente igual.”	1	
	“Se calhar, não tanto como gostaria, não é? Se a experiência em si tivesse sido toda negativa, se calhar eu teria mudado mais... mas como a experiência em si, tudo bem espremido... recordo-me muitas vezes, tenho muitas boas recordações da família, da doente, acabo por se calhar dizer assim “Então mas se calhar, isto... aquelas experiências ajudaram-me a crescer, não devia ter tido um envolvimento tão grande mas, no final, o envolvimento até foi positivo.””	1	
	“É lógico que se calhar muda para o mau sentido mas também somos seres humanos e, às vezes, é complicado.”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 10	

Quadro 17. Necessidade de formação para a transmissão de más notícias para o enfermeiro

Subcategorias	Indicadores	U.E.*	U.S.*
Necessidade de formação	“Sim...porque a nossa formação infelizmente não investe nessa parte e hoje, em dia, acho que é cada vez mais necessária.”	2	
	“Eu penso que sim. Acho que era uma área fundamental, exactamente por causa daquilo que falámos, nem sempre os médicos estão disponíveis. Na minha opinião, pelo menos, numa primeira fase, deviam ser os médicos a alertar até porque normalmente tanto o doente como os familiares querem sempre mais algum tipo de esclarecimento, muitas vezes com a parte de diagnóstico. Pronto, realmente os médicos é que estão “autorizados” legalmente a esclarecer mas como nem sempre isso é possível, entendo que seria uma área a desenvolver, fazia sentido.”	1	
	“De base eu até acho que nós temos, tipo aqueles cursos de formação em serviço é que se calhar não temos tanto e seria importante pelo menos uma vez por ano falarmos do assunto... como estamos a fazer aqui. O que é que aconteceu, o que é que não aconteceu...porque acho que é mais assim que acabamos por aprender uns com os outros e ver mais ou menos como é que as coisas se vão processando.”	1	
	“Sem dúvida. Eu acho que falta muito isso e lá está, é pena, nós também em termos legais, não o podemos fazer porque eu acho que isso é uma das coisas que faz muita falta à parte médica, é o saber dar más notícias.”	2	
	“Sim... eu acho que nós temos muita dificuldade em transmitir mais informações aos doentes porque nós acabamos por delegar isso um bocadinho para a parte médica também para nos salvuardarmos, acho eu (eu pelo menos falo por mim) para me salvuardar um bocadinho e também porque não tenho essa aprendizagem de como saber transmitir. É preciso saber que palavras é que se dizem, escolher muito bem (penso eu que seja assim), não tenho muita formação e se calhar, uma salvuarda para mim é remeter...”	1	
	“É necessária formação e necessárias essas tais reuniões de equipa que, pelo menos aqui, são muito raras...aconteceu naquela situação específica porque houve uma reacção extrema em que uma pessoa sozinha não conseguiria lidar mas todas as outras não... é apenas o enfermeiro que está junto do doente naquele momento que vai ter de lidar com a situação e não deveria ser assim... em todos eles deveríamos unir-nos para conseguirmos o melhor.”	2	
	“Da experiência que eu tenho aqui, quem dá essa má notícia é o médico. Ponto. Se devem estar presentes o médico e o enfermeiro é outra questão. Se isso é uma informação só médica, será que vale a pena termos essa formação? Nunca é de menos, atenção, não estou... agora, é para nós passarmos a dar essa informação? Há momentos em que temos de ser nós a dá-la. Tudo bem... eu levanto outras questões, nós sabemos que na nossa prática essa competência é médica e às vezes... “Ah, enfermeira, diga você...” Se nós vamos conquistar esse espaço, outros se demitem das suas funções...”	1	
*U.E. – Unidade de Enumeração *U.S. – Unidade de Significância		Total: 10	

A realização deste trabalho já permitiu por diversas vezes classificar o acto de comunicar como sendo complexo, exigente e difícil, sendo-o ainda mais quando se trata da comunicação de más notícias. Atribuindo a importância que é devida às características específicas do emissor, do receptor e da própria mensagem rapidamente se compreende que ao atravessar um processo de transmissão de más notícias, o enfermeiro experimente inúmeros sentimentos.

Segundo Pianucci (2002:10), “qualquer procedimento por si só não deixa de ser uma série de sucessivos passos, e na enfermagem não é diferente. Quando se explicita e se fundamenta a importância da sequência dos passos que serão realizados em um determinado procedimento, este cria vida, deixando de ser frio e impessoal. A equipe de enfermagem actuando como agente cuidador deve apropriar-se desse conhecimento para estabelecer qualidade na assistência prestada e elo com o ser cuidado”, daí que a análise do **Quadro 1** permita obter uma grande diversidade de sentimentos (todos eles de conotação negativa) atribuídos pelo enfermeiro à experiência vivida, tais como, ansiedade, desilusão, nervosismo, tristeza, pena, compaixão, revolta, angústia.

É interessante verificar como, se por um lado, o enfermeiro tenta manter o profissionalismo e não se envolver demasiado, ilação retirada das citações *“uma pessoa queria sempre tentar ter aquela defesa, não se envolver muito...”* e *“às vezes, na altura, se calhar nós somos um bocadinho frios. Dizemos as coisas mas que aquilo nos bate depois, parece que estamos em velocidade cruzeiro e dizemos...”* por outro, anseia por ser parte activa e integrante no sentido de minimizar a dor ou o desespero daqueles a quem transmite a má notícia. Enquanto profissional quer diminuir o sofrimento do outro, sentindo-se minimizado quando tal não acontece. Esta mesma ideia surge bem explícita dado que o sentimento mais referido pelos enfermeiros foi a impotência, tendo sido enumerado seis vezes. O enfermeiro sente-se responsável pela situação procurando fazer algo útil pelo doente e sua família, característica saliente ao referir *“incapacidade para lidar com aquela situação, a falta de apoio, não conseguimos transmitir à família que notamos que ela precisa de apoio mas não temos disponibilidade para lhe dar...”* e *“uma pessoa, às vezes, fica um bocado sem saber o que é que há-de dizer mais, às vezes, opta por não dizer tanto e estar mais presente.”*

A impaciência e a frustração foram, seguidamente, os sentimentos mais enunciados, sendo mencionados por dois enfermeiros.

É importante salientar como a noção de cuidar ao transmitir uma má notícia é extensível também à família do doente e tal ficou patente nas entrevistas obtidas. A preocupação com o núcleo familiar foi amplamente enunciada e são disso exemplos as seguintes citações: *“... não podemos fazer nada, também não saber muito bem como agir para minimizar a dor e o desconforto da família...”*, *“O apoio à família nestas situações, eles agradece imenso e até mesmo nós ficamos melhor connosco próprios, é uma sensação de alívio no sentido de pelo menos termos feito alguma coisa”* e *“A família é um bocadinho a nossa família, as dúvidas delas, os receios delas são um bocado os nossos receios, os medos deles são um bocado os*

nossos medos também e nós acabamos por nos pôr um bocado na situação deles e acabamos por ver aquela doente naquela cama não já como uma doente, mas como um bocadinho de nós.”

O enfermeiro reconhece as suas limitações face à capacidade em ajudar o Outro enunciando por isso mesmo a sua impotência, a sua impaciência face a uma situação que não domina na totalidade e a sua conseqüente frustração. Tudo isso poderá induzir no enfermeiro uma atitude de descrença face à profissão que desempenha bem como uma certa revolta e angústia.

O cuidar enquanto ciência, o enfermeiro e aquele a quem os cuidados são dirigidos constituem uma ligação que se pretende activa de partilha, dedicação e competência (Ambrozano, 2002) daí que o crescimento obtido pelo enfermeiro ao abordar o doente e a sua família seja entendido como o mais significativo na experiência vivida pelo profissional de saúde.

Isso mesmo é visível ao analisar o **Quadro 2** e tendo em consideração que essa ideia foi mencionada por três enfermeiros referindo que *“Há sempre um crescimento, a forma de abordagem do doente, como lidar com os familiares que têm reacções completamente diferentes...”*. O enfermeiro dá valor ao que aprende, procura compreender e crescer enquanto homem e enquanto profissional perante as situações que lhe surgem. Pode afirmar-se que procura desempenhar o seu exercício profissional visando não apenas o bem-estar do doente e da sua família mas também o próprio crescimento interior que no futuro lhe possa ser útil e permita uma adaptação mais estruturada perante reacções adversas. O enfermeiro quer, mais uma vez, ser um interveniente capaz e activo face às necessidades daqueles a quem presta cuidados.

O enfermeiro deve procurar exercer um significado benéfico na vida do doente, ainda que essa característica o obrigue a confrontar-se e relacionar-se permanentemente com circunstâncias distintas (Sousa & Oliveira, 2002).

O facto de se criarem laços profundos e consistentes com o doente e família também é significativo para o enfermeiro dado que foi referido por dois dos entrevistados e está bem notório na citação *“ uma envolvência tão directa...talvez nunca tivesse tido e ali realmente acabou por correr tudo pelo melhor, dentro do possível...”*

De contornos paralelos surge outra citação impossível de não mencionar e que salienta *“a lição que nós tiramos disso como profissionais...pessoalmente, ganhamos, é o carácter que a gente vai construindo e profissionalmente, também. Vamos construindo o nosso ser.”*

O enfermeiro reconhece que o contacto com o doente e a sua família pode constituir uma fonte de aprendizagem, de crescimento na relação com os demais e reconhece como sendo um privilégio o facto de poder interferir de forma significativa na vida daqueles a quem presta cuidados. Não é apenas o enfermeiro que exerce influência na vida do Outro mas é também o doente que influencia o profissional de saúde tornando a relação em causa uma autêntica simbiose.

A análise do **Quadro 3** permite descodificar que o enfermeiro atribui um significado e um valor à experiência vivida por si no processo de transmissão de uma má notícia, procura envolver-se, aprender, extrair ideias e conclusões que lhe permitam responder de forma mais adequada a situações futuras e similares, ilação retirada da citação *“Com o passar dos anos e com a experiência profissional, vamos adquirindo outras defesas que não tínhamos no início de carreira. Se calhar, agora consigo controlar melhor as emoções e gerir melhor os sentimentos.”* A complexidade da intervenção do enfermeiro é aqui bem evidente ao surgir uma aparente contradição. Embora cultivando um certo distanciamento (essencial para a prevenção de problemas de Burnout) torna-se praticamente impossível que as situações não induzam no profissional de saúde algum significado e foi isso que dois deles referiram, *“normalmente esses doentes criam laços com a equipa toda e ficamos todos abatidos quando há esse tipo de situações, ficamos em baixo...”*

O contacto com o doente pressupõe o estabelecer de um laço cujas características por muito diversas que sejam influenciam o enfermeiro, a sua forma de reconhecer, analisar e explorar situações futuras.

Em relação ao impacto na vida pessoal do enfermeiro e, segundo o **Quadro 4**, verificamos que dois dos enfermeiros rejeitam categoricamente que participar num processo de transmissão de más notícias possa provocar algum impacto na sua vida pessoal. Isso é muito explícito ao afirmarem que *“Não, na minha vida pessoal, não. Até agora, pelo menos, tenho conseguido separar as coisas, porque no fundo temos de encarar isto como a nossa profissão, o nosso trabalho e tentar sair daqui do serviço, do hospital e deixar isto para trás e, lá fora é a nossa vida e não tem nada a ver.”* Ideia similar tem outro enfermeiro ao explicar que *“Não. No início, levava tudo para casa mas uma pessoa depois aprende a ter assim um despejo...saí, saí...agora vou ao supermercado, vou fazer a minha vida, vou tomar café...”* Existe ainda um outro enfermeiro que salienta o esforço desenvolvido para que ao exercer impacto na vida profissional não o faça no plano pessoal e transmite-o, mencionando *“Na vida pessoal eu tento evitar que tenha impacto. Normalmente, tem impacto na vida*

profissional...quando nós cá estamos acaba por nos afectar bastante, não é? Na vida pessoal eu tento evitar levar este tipo de situações para casa. Tento apenas ir ao local de trabalho e normalmente consigo fazer isso.” Contrariamente às opiniões transmitidas anteriormente, dois dos enfermeiros referiram claramente *“Sim, é sempre uma situação marcante.”* Outro profissional referiu que *“No princípio, desenvolveu.”* Opinião corroborada por um outro ao salientar *“Mais ou menos...tento descolar, entre aspas, mas naqueles...a curto prazo, sim.”* O profissional de saúde deve conhecer muito bem os limites da sua acção para que não explore em demasia a sua capacidade de resolução de problemas, dificultando o bem-estar do doente, da família mas também dele próprio. Para poder cuidar dos outros, o enfermeiro tem de cuidar primeiro de si próprio (Newell & Pinardo, 1998).

O contacto com situações exigentes do ponto de vista emocional e afectivo acaba por ser marcante para o enfermeiro que reconhece, no entanto, que a experiência profissional acaba por ajudar na adopção de estratégias para gerir melhor essa influência. É importante que o enfermeiro reconheça o impacto que determinada experiência lhe causou, que o analise e dele retire benefícios não constituindo um entrave ao desenvolvimento de acções futuras.

A tradução do impacto da experiência vivida pelo enfermeiro (**Quadro 5**) foi expressa apenas por três enfermeiros, algo perfeitamente justificável dado que e como já vimos anteriormente, apenas dois reconheceram ser uma situação impactante para a vida pessoal e outros dois reconheceram o mesmo, mas apenas numa fase inicial do processo. Assim sendo, os enfermeiros reconhecem que ao tomarem consciência das diversas situações, aprendem a valorizar mais o presente, a dar mais significado à sua vida, aos seus amigos, à sua família. Mais uma vez, fica demonstrada a dimensão humana do enfermeiro percebendo que a vida é demasiado complexa e deve ser vivida intensamente, usufruindo das capacidades e dos dons que nos foram concedidos e contribuindo para uma sociedade mais humana, mais justa, mais equitativa. Há que aprender a relativizar os problemas, procurando conjugar o *saber saber* com o *saber fazer* e *saber ser* que simbolizam a essência da Enfermagem. As citações *“Tive de enfrentar de maneira diferente, olhar para as coisas de maneira diferente, valorizar mais...”* e *“Dá-se valor às coisas simples...claro que nós somos humanos não somos máquinas, não conseguimos... Cada caso é um caso mas se calhar essa história ou várias histórias... depois damos valor a certas coisas, olhamos para os nossos familiares, para as nossas histórias, para os nossos amigos de forma diferente”* reflectem isso mesmo.

A sustentabilidade da vida como um todo depende não só das partes que a constituem como também do meio em que se encontram inseridas (Tavares, 2009).

Por outro lado, o enfermeiro é consciente de que um envolvimento em demasia pode ser prejudicial para a tranquilidade da sua vida e manifesta essa mesma preocupação ao afirmar que *“Desenvolveu, se calhar, não é revolta mas aquele sentimento de não conseguir manter a distância que eu teria que ter mantido.”*

Cuidar, aliviar e acompanhar aqueles que sofrem (física e psicologicamente) são atitudes que se caracterizam não só pela nobreza do ato como também devem transmitir a sensação do dever cumprido (Loch et al, 2008).

Ao ser transmissor de uma má notícia, o enfermeiro cumpre o seu dever mas mergulha também numa encruzilhada de sentimentos e dificuldades ao ter a noção de contribuir, pelo menos numa fase inicial, para o acentuar de um desequilíbrio emocional (por vezes, muito bem disfarçado) que o doente experimenta. O enfermeiro pretende ajudar, confortar, minimizar o sofrimento do doente e da sua família e, ao cumprir a sua função, sendo verdadeiro, leal e ético, acaba por alterar a circunstância actual daquele a quem presta cuidados. Circunstância actual caracterizada, muitas vezes, por uma aparente normalidade e que tende a camuflar a verdadeira realidade em que o doente se encontra inserido.

Apóstolo (2010:18) assegura que *“Os cuidados de enfermagem devem ir no sentido de ajudar a pessoa a encontrar significado para a sua existência, através da avaliação de qual o significado da sua falta de harmonia e de sofrimento, promovendo no doente, auto-controlo, auto-estima e auto-determinação em relação à saúde, doença, tratamento e decisões terapêuticas.”* A veracidade desta afirmação aliada ao facto de o enfermeiro evidenciar sentimentos de impotência, ansiedade, desilusão e tantos outros já referidos anteriormente, permite determinar que ser portador e transmissor de uma má notícia será um momento repleto de dificuldades.

O contacto com situações tão complexas e exigentes proporciona ao enfermeiro a noção de que devem valorizar-se as coisas simples da vida, a relação com os que nos rodeiam e a aprendizagem que daí podemos retirar procurando ser profissionais de saúde mais competentes mas também pessoas mais realizadas.

A análise do **Quadro 6** permite referir que o contacto com a família é o mais difícil de gerir, tendo sido enunciado por quatro enfermeiros através da expressão *“O facto da família estar presente e ver a dor da família...”* logo seguido do facto de reconhecerem que a vivência de situações geradoras de ansiedade e tristeza fazem parte da profissão de Enfermagem e que têm de ser encaradas com naturalidade. Isso mesmo reúne o consenso de dois enfermeiros

tornando-se na segunda vertente mais difícil de gerir segundo eles, e verbalizada através da expressão *“Tentar...ver que isto é o nosso trabalho. São situações que fazem parte do nosso trabalho e às vezes, é difícil encarar isto como algo natural mas... acaba por ser. Porque a morte é algo natural, não é nada fora daquilo que seja o contexto da vida. A vida tem um limite que é a morte e, às vezes, é tentar racionalizar e interpretar isso como algo que é inevitável.”*

A agressividade e o comportamento menos correcto dos familiares face aos prestadores de cuidados também é algo difícil de gerir pelos mesmos, ilação retirada das expressões *“A revolta da esposa porque ela não conseguiu assimilar... também nós termos de dizer coisas, às vezes, muito pouco agradáveis. É marcante.”* e *“A culpabilização inicial da esposa em todos os nossos actos, ou porque nós não agíamos o suficiente, os nossos cuidados não eram suficientes... aí foi aquilo que mais me custou, a falta de consciência da esposa de ver que realmente nós não tínhamos muita mais margem de manobra, fazíamos o que podíamos... mais do que isso, não era possível...”*. O enfermeiro procura dar o melhor de si, cumprindo a sua função e procurando ser um elemento útil, querendo por isso, ser reconhecido pelo doente e sua família como tal. Quando tal não acontece, torna-se um momento difícil de gerir e aceitar.

O cuidado em enfermagem é assumidamente concebido como uma relação, na qual a pessoa assistida não é o elo mais fraco mas sim um forte interveniente, um ser activo cujas capacidades devem ser valorizadas e respeitadas (Silva, 2008).

O enfermeiro é obrigado a reconhecer que o contacto com a dor da família é um momento delicado, que exige de si uma grande capacidade de adaptação, dedicação e solidariedade face ao Outro mas também a noção de que a vivência dessa realidade faz parte do seu dia-a-dia e é a si que compete uma eficiente gestão dos sentimentos e das dificuldades que daí possam advir.

Para que exista uma boa relação com o doente (**Quadro 7**), esta deve ser caracterizada por uma conduta responsável e ética respeitando os direitos e interesses dos cidadãos e, foi isso que foi enunciado por dois enfermeiros ao referirem que *“Tínhamos uma boa relação, era um doente até, podemos dizer, fácil... ao contrário da esposa percebia perfeitamente a situação dele, compreendia-nos, nunca punha em questão os nossos cuidados, apenas exigia o normal, não queria era ter dores mas de resto era um doente, tínhamos muito boa relação... comunicava quando tinha desconforto.”*

É importante para o enfermeiro que a pessoa a quem presta cuidados o reconheça como tal, como uma parte activa e integrante da relação estabelecida, sendo ambos cooperantes na procura de um objectivo comum e isso também foi salientado por dois enfermeiros, enunciando que *“No meu serviço, serviço de Medicina, a maior parte dos doentes são confusos, desorientados... ali um doente orientado, independente, sempre super cordial conosco...já tinha tido um internamento anterior e reconhecia-nos como prestadores de cuidados.”*

Um dos enfermeiros caracterizou a relação estabelecida com o doente como *“ótima”* e outro ainda como *“espectacular”* e, independentemente, do que signifique para um profissional e para outro tais adjectivações, é inegável que estejam subjacentes ideais de respeito face a quem prestam cuidados.

O enfermeiro reconhece que é importante para si que o doente o identifique como um colaborador nato, como alguém que intervém de forma activa no seu percurso de vida, procurando ajudar, ser útil e eficiente na superação de dificuldades mas também na partilha de alegrias.

O comportamento do enfermeiro, a sua expressão facial, os seus gestos, o seu tom de voz e a sua postura corporal exercem influência sobre o doente e a sua família que daí retiram conclusões sobre o seu estado (Kovacs, 2008). É necessário que esteja bem presente a noção de que a prestação de cuidados envolve tanto o doente como a sua família (**Quadro 8**). Qualquer atitude tomada ainda que direccionada unicamente ao doente, irá exercer impacto junto dos familiares, daí que o que é comunicado e como é comunicado deva ser sempre desenvolvido com o máximo de rigor e cuidado. A compreensão de que a família está em sofrimento leva o enfermeiro a sentir pena, procurando solidariamente, minimizar a dor, a tristeza e o desamparo daquela família, sabendo que cada núcleo familiar tem características muito próprias e que as distinguem de qualquer outra. O que foi transmitido ficou bem patente no facto de dois enfermeiros terem referido que *“A relação com a esposa também foi francamente boa, não tenho razão de queixa... ela comigo nunca foi inconveniente, tão inconveniente ao ponto de eu fiar magoada, com ela nunca aconteceu, tive sempre muito boa relação com ela, sempre com aquele sentimento de pena pelo que ela estava a passar”* e *“Os familiares são diferentes, as pessoas são diferentes... há uns que reagem bem, outros que reagem mal...há uns que querem falar, outros que não querem, há outros que não querem ver mais porque não querem ficar com aquela última imagem...a gente, às vezes, vai tentando fazer uma leitura.”*

O enfermeiro procura ser a âncora que dê suporte à família fornecendo coragem e ajudando na redefinição de objectivos a que o surgimento de uma má notícia obriga e isso foi referido por outro entrevistado salientando que *“Para as famílias é sempre difícil encarar essas situações porque normalmente não estão preparadas, muitas vezes, não são...na minha opinião, não são devidamente alertadas ou pelo menos pô-las um pouco mais despertas na eventualidade de que essas situações surjam...e por vezes, apanham assim com um impacto muito grande, não estão minimamente à espera desse tipo de notícias e às vezes o impacto é muito grande e elas ficam um pouco à deriva...”*

As dificuldades inerentes ao processo de transmissão de uma má notícia são inequívocas, dada a complexidade de todos os intervenientes e ao facto da subjectividade ser uma característica sempre presente (**Quadro 9**).

A igualdade é um ponto-chave ao estabelecer-se a ligação com o outro. O enfermeiro deve reconhecer que aquele a quem se dirige tem autonomia, capacidade de decisão e intervenção no assumir de opções que pertencem à sua vida e devem ser respeitadas (Teixeira, 2008). Assim sendo, não é de estranhar que dois dos enfermeiros tenham referido como dificuldade, *“gerir a situação”* e outros dois tenham enunciado *“Os familiares ficam sempre muito abatidos e por vezes acho que há alguma incapacidade nossa em lidar com essas situações de perda, não é? E também muitas vezes o que eu noto é a falta de tempo para falar com a pessoa...”*. É difícil para o enfermeiro reconhecer que perde, que sofre, que luta por um objectivo e nem sempre o consegue. O desejável é reconhecer que, por vezes, é preciso perder para se ganhar em seguida, e que nem sempre os nossos propósitos são conseguidos plenamente. É importante analisar as situações de forma individualizada e garantir que, naquele momento, o enfermeiro explorou no limite as suas capacidades.

Cada um de nós tem uma atitude filosófica perante a vida que orienta o pensamento, as convicções e atitudes. De forma mais ou menos consciente, a reflexão, a discussão e a análise das circunstâncias que vivemos influenciam o nosso trabalho (Bartmann, 2005). Embora cada enfermeiro tenha a sua percepção pessoal sobre determinado doente e a sua família, é fundamental que no seio da equipa exista a preocupação de partilhar e estruturar um objectivo comum. O trabalho em equipa permite que se transmitam informações importantes, que não se percam dados imprescindíveis e que se crie um laço ainda mais forte e estruturado relativamente à pessoa a quem os cuidados são dirigidos.

Segundo Maginn (1996:10), “Uma equipe é qualquer grupo com metas comuns, com uma tarefa que deve ser feita por mais de uma pessoa, e algum tipo de compensação ou benefícios para todos os membros.”

É natural que se criem laços de maior estima e afectividade com determinado enfermeiro em detrimento de outro, mas o cerne da actividade dos profissionais deve ser único e partilhado por todos. Só assim faz sentido denominar a actividade de Enfermagem como um trabalho em equipa e isso ficou bem patente nas citações dos enfermeiros (**Quadro 10**), de que são exemplos, “*Normalmente nós estamos responsáveis sempre pela mesma sala e é inevitável que houvesse uma relação mais forte*”, “*Normalmente nós somos distribuídos por sala, somos enfermeiros responsáveis e tenho duas ou três colegas vieram mais ou menos do mesmo...se bem que, se calhar, na altura em que o doutor falou com a família fui eu que assisti duas vezes, se calhar elas não assistiram mas o desenrolar acho que também vivenciaram mais ou menos da mesma forma que eu...*” e “*A equipa tinha um pequeno grupo que estava mais próximo dela, tanto da família como da doente porque era aquele grupo que mais estava com a doente...*”

Atingir o grau de excelência na prestação de cuidados só é possível ao verificar uma continuidade efectiva dos mesmos e, para tal, é imprescindível uma adequada partilha de informação entre os membros que compõem a equipa.

A prestação de cuidados não pode ser efectuada de forma fragmentada porque isso irá prejudicar o entendimento da pessoa doente como um todo, como alguém cujas necessidades não só apenas físicas, estão afectadas. Se o enfermeiro manifestar preocupação apenas com o controlo de sintomas, a comunicação com o outro não será eficaz. É fundamental que a equipa partilhe objectivos, atitudes e intervenções, fazendo do bem comum, um bem de todos (Marco, 2003). Se cada enfermeiro trabalhar por si, os cuidados são articulados de forma individualizada, não respondendo às diferentes necessidades do doente e da sua família.

O enfermeiro deve reconhecer que ser parte integrante de uma equipa e contribuir para o desenvolvimento de um projecto comum com as suas próprias ideias e capacidades constitui um privilégio e uma forma de desenvolver exponencialmente as suas melhores virtudes.

A análise do **Quadro 11** permite verificar que a partilha de informação pelo enfermeiro com os restantes elementos da equipa é uma realidade, dado que assim o mencionaram sete profissionais de saúde, através da citação “*Sim. Normalmente também costumamos falar entre os elementos que costumam ficar com aquele determinado doente ou aquela família,*

mesmo que não seja a sala onde ele vai ficar hoje... pronto, conhece aquele doente, conhece a família” e tendo havido ainda outro enfermeiro que salientou o facto da partilha de informação ser extensível a outros grupos profissionais, nomeadamente, o médico e o psicólogo, através da citação “Sim, partilhámos...e partilhámos com a médica assistente e ponderou-se entretanto a chamada da psiquiatria, do psicólogo para propriamente vir assistir a esposa.”

De salientar que apenas um enfermeiro referiu rotundamente que não existiu partilha de informação ao verbalizar, “Não, não...nem reunidos” e outro ainda também referiu não ter existido grande partilha de informação, ao exprimir “Sinceramente, não. O que disse foi que a doente tinha falecido na presença dos familiares, os familiares tinham tido conhecimento na altura e que tinham estado lá um bocadinho, entretanto tinham saído... não me alonguei mais.”

A partilha de informação é inevitável se o enfermeiro pretende que a prestação de cuidados alcance a maior qualidade possível. Só assim, os objectivos de um elemento se tornam os objectivos de todos. A inexistência de uma má comunicação no seio da equipa constitui um verdadeiro entrave ao crescimento da mesma enquanto grupo que pretende o melhor bem possível para o doente e sua família.

Ao serem inquiridos sobre as necessidades que identificaram nos doentes (**Quadro 12**), os enfermeiros responderam de forma bastante diversificada, indo de encontro à definição de Enfermagem como uma ciência complexa e com diversos campos de acção.

A incidência de estudos sobre a dor permitiu conhecer a sua fisiopatologia, os mecanismos para a tratar e/ou minimizar mas há ainda muito para saber e explorar face à complexidade do tema (Carvalho, 1999). Essa preocupação é coincidente com o facto de três enfermeiros terem referido como necessidade, “O controlo da dor, o máximo de conforto possível e o mínimo de... (também não nos cabe a nós) ... lá está... não temos também todo o poder sobre isso... o mínimo de medidas invasivas.” Para além destes três enfermeiros, dois deles referiram ainda o alívio da dor através da expressão, “No doente... talvez apoio emocional mas ... era um senhor que realmente tinha muitas muitas dores, embora ele não associasse à situação real que estava a viver...era mais a esse nível. Apoio emocional e alívio da dor.”

As necessidades de comunicação foram referidas por dois enfermeiros através das expressões, “Para o doente e uma vez que é a parte mais afectada, também para melhor lidar com esse tipo de más notícias devia haver algum tipo de acompanhamento, saber como o doente

recebe essa notícia, qual é que é a reacção dele pós notícia porque...muitas vezes eles ouvem a notícia mas entra por um ouvido e sai por outro mas se calhar passado algum tempo começam a interiorizar e perceber isso...e muitas vezes temos aí doentes com humor deprimido ou labilidade emocional e na maior parte dos casos não têm qualquer tipo de apoio, não fazem qualquer tipo de medicação pronto...são assim deixados... a parte psicológica é um pouco deixada para o lado”e “A comunicação era uma delas mas pela linguagem gestual acho que a gente comunicava bem, a própria família ensinou-nos alguns truques... o que é que ela queria, o que é que ela não queria...”.

Noutros itens sempre tão identificado, causa alguma estranheza que o apoio à família tenha sido aqui mencionado apenas por um enfermeiro, através da expressão *“Sim... a nível mais de apoio à família. O senhor estava um bocado, vamos dizer, mentalizado... os familiares, a família é que não.”*

A análise do **Quadro 13** permite decifrar que o enfermeiro tem clara noção que as competências desenvolvidas ao longo da sua actividade, são múltiplas e de diversa ordem desde o controlo sintomático, ao apoio à família e à comunicação. Será pertinente frisar que dos quatro pilares que constituem os Cuidados Paliativos só não foi referido o trabalho em equipa.

Os três elementos complementares para a definição de competência são os seguintes, segundo Zarifian (2003:20):

- “Competência é a tomada de iniciativa e responsabilidade do indivíduo em situações profissionais com as quais se confronta.
- Competência é uma inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma, à medida que a diversidade das situações aumenta.
- Competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações, de partilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidade.”

O controlo da dor reúne, mais uma vez, a preocupação dos enfermeiros inquiridos, em associação, neste caso, ao apoio à família dado que três deles referiram, *“Nestas situações, o máximo que nós podemos fazer... além do suporte, lá está, do controlo da dor e prestar o máximo de conforto possível também passa pelo apoio psicológico à família.”*

A vertente comunicacional surge logo de seguida ao ser abordada por dois enfermeiros, ainda que de forma camuflada, dado que salientam sim, a importância do silêncio, do saber ouvir e

do saber estar presente, *“A parte do toque, o silêncio... acho que isso é super importante, deixá-lo... às vezes, não são as palavras que se dizem, é o estar ali presente.”*

A importância de saber estar atento às especificidades da comunicação foi abordada ainda por outro enfermeiro, ao verbalizar *“Aprendemos alguns truques que eram perguntas fechadas... o sim ou o não. A gente sabia quando é que ela queria dizer o sim ou o não, porque ela estava ventilada... mas isto era uma técnica quase geral para todo o doente ventilado.”*

Para além das várias competências que o enfermeiro desenvolve, aquilo que o doente espera deste profissional de saúde é a noção de acompanhamento, o não abandono perante uma situação desconhecida.

A constante procura do ser humano em se aperfeiçoar constitui a raiz de toda e qualquer aprendizagem. Reconhecer os limites que existem e procurar ultrapassá-los á a base para reconhecer um processo contínuo marcado por inúmeros desenvolvimentos (Carvalho, 1999).

O **Quadro 14** permite verificar que todos os enfermeiros inquiridos reconhecem ter aprendido algo com a experiência vivida, tendo seis deles referido que *“Sim, nós vamos aprendendo sempre em cada situação que nos surge, nós vamos sempre ganhando, pronto... para além da experiência, ganhando mais competências, saber como é que das próximas vezes podemos lidar com essas situações... vamos ganhando “calo””*.

Um dos enfermeiros foi ainda mais específico sinalizando a sua aprendizagem ao nível da capacidade de insistir e persistir, *“Sim, principalmente a nível da insistência e da persistência”*, opinião corroborada por outro enfermeiro ao afirmar que, *“Aprendi a nunca desistir, aprendi que acima de tudo tinha de desenvolver mais a distância, aprender ainda mais e batalhar ainda mais sobre essa distância porque tinha um envolvimento tão grande...”* A importância do saber estar também foi referida por um dos inquiridos através da expressão, *“A valorizar mais a presença, o estar lá...”*

Outro dos enfermeiros procurou classificar a aprendizagem como um acto contínuo, sendo resultado não de um esforço isolado, mas sim como algo que é fruto de um trabalho que persiste no tempo e isso ficou bem visível ao utilizar a forma verbal do gerúndio, *“Nem toda a gente reage bem e, às vezes, é complicado de gerir mas sim, vai-se aprendendo...”*

A aprendizagem obtida pelos enfermeiros pode ser classificada como instrumental porque resulta directamente das consequências e benefícios para o doente (Stratton, 2003).

O **Quadro 15** permitiu descodificar que todos os enfermeiros referiram ser benéfica a aprendizagem obtida. Três deles referiram unicamente “*Sim*” e outros três foram mais contundentes, salientando “*Claro, é sempre benéfica.*” Um dos enfermeiros referiu ser “*muito*” benéfica e outro explicou “*Sim, alertou-me para várias questões e mesmo com outros doentes a pessoa vai aprendendo.*”

A única opinião mais dissidente foi de um enfermeiro que referiu que isoladamente, não retirou benefício mas fê-lo quando essa experiência se inseriu num conjunto de outras experiências, “*Assim de maneira tão isolada, não. O conjunto dessas, sim.*”

Aprender pressupõe a sensibilização para novas atitudes e práticas levando a uma mudança de comportamento que se prevê benéfica para todos os intervenientes.

Ao serem inquiridos sobre a mudança de comportamento decorrente da aprendizagem (**Quadro 16**) que verbalizaram ter existido, dois dos enfermeiros referiram que esta se traduziu num aumento da calma e na conseqüente capacidade de reagir com maior clareza perante situações vindouras. Isso ficou claro através da expressão, “*Ter mais calma... às vezes, uma pessoa no início vai de um lado para o outro e vai buscar e pergunta... agora não. A pessoa tem mais aquele “1,2,3...” agora vou fazer aquilo. Não ando tanto de um lado para o outro, estar ali mais centrada... as coisas saem, uma pessoa já não gagueja tanto. Já está mais à vontade, já não é a primeira vez... lembra-se do que aconteceu ou mesmo que não se lembre já sai um bocado como um mecanismo inconsciente... agora vou fazer isto, vou fazer aquilo... acho melhor assim, acho melhor assado... é bem melhor.*” Essa opinião vai ainda ao encontro de uma outra, que afirma “*Ajudou-me... eu estava um bocado no início de carreira e acabou por ser um impacto na altura mas depois ajudou-me a encarar a morte de outra maneira e depois, já houve situações semelhantes em que eu já consegui gerir melhor as minhas emoções.*”

Dois dos enfermeiros referiram “*Sim, sim, sim... tentar estar sempre presente, ao máximo...*”, sinal de que estar presente, sentir, vivenciar e explorar a situação no limite, permite que a transmissão de uma má notícia seja um fardo menos pesado para todos, na medida em que se procura que o sofrimento assuma um sentido.

O aumento do conhecimento foi transmitido também por outro enfermeiro ao explicar que “*Sim... tanto que ficamos mais alertas para determinados sintomas e começamos a aperceber-nos mais rapidamente do estado psicológico daquele doente. Pronto. Ganhamos esse tipo de conhecimento.*”

Um dos enfermeiros referiu que o facto da experiência em si ter tido contornos positivos fez com que a mudança de comportamento não tivesse sido plena e assume-o ao verbalizar, *“Se calhar, não tanto como gostaria, não é? Se a experiência em si tivesse sido toda negativa, se calhar eu teria mudado mais... mas como a experiência em si, tudo bem espremido... recordo-me muitas vezes, tenho muitas boas recordações da família, da doente, acabo por se calhar dizer assim “Então mas se calhar, isto... aquelas experiências ajudaram-me a crescer, não devia ter tido um envolvimento tão grande mas, no final, o envolvimento até foi positivo.”*” Essa atitude nada tem de negativa porque não é necessária uma mudança radical de comportamento para que a aprendizagem seja considerada válida. Basta uma pequena mudança que vá ao encontro da satisfação de ambas as partes envolvidas.

Outro dos enfermeiros reconhece ter existido uma mudança mas no sentido de aumentar o distanciamento face a quem recebe os cuidados. Reconhece que tal não será correcto e explica, *“É lógico que se calhar muda para o mau sentido mas também somos seres humanos e, às vezes, é complicado.”*

Apenas um enfermeiro verbaliza não ter mudado o comportamento em virtude da aprendizagem desenvolvida, salientando *“Não, permaneci igual porque penso que correu tudo tão bem... resultou... a minha forma de estar naquele momento resultou tão bem que não mudei nada, permaneci exactamente igual.”*

A ideia de que a transmissão de más notícias é domínio exclusivo do médico tende a perder cada vez mais terreno. À medida que a Enfermagem se assume, cada vez mais, como ciência também os seus profissionais entendem e assumem o dever da comunicação como algo inerente às suas actividades, não constituindo a transmissão de más notícias uma excepção. Os enfermeiros reconhecem por isso, com naturalidade, a necessidade de formação nesta área e isso decorre de vários motivos, nomeadamente, a exigência crescente em termos da sua intervenção, o facto de ser este grupo profissional que permanece as vinte e quatro horas do dia junto do doente e a quem a família frequentemente recorre na procura de informações e a noção de que a vertente comunicacional continua a apresentar algumas lacunas no seio da formação inicial dos enfermeiros.

O que foi expresso anteriormente vai de encontro ao verbalizado pelos profissionais inquiridos (**Quadro 17**) dado que dos dez, dois deles referiram que *“Sim...porque a nossa formação infelizmente não investe nessa parte e hoje, em dia, acho que é cada vez mais necessária.”*

Dois dos enfermeiros usaram ainda de maior assertividade e referiram *“Sem dúvida. Eu acho que falta muito isso e lá está, é pena, nós também em termos legais, não o podemos fazer porque eu acho que isso é uma das coisas que faz muita falta à parte médica, é o saber dar más notícias.”*

A necessidade de associada à formação haver também maior partilha de informação no seio da equipa foi referida ainda por dois enfermeiros, verbalizando que *“É necessária formação e necessárias essas tais reuniões de equipa que, pelo menos aqui, são muito raras...aconteceu naquela situação específica porque houve uma reacção extrema em que uma pessoa sozinha não conseguiria lidar mas todas as outras não... é apenas o enfermeiro que está junto do doente naquele momento que vai ter de lidar com a situação e não deveria ser assim... em todos eles deveríamos unir-nos para conseguirmos o melhor.”* Essa mesma opinião foi acentuada por outro profissional ao frisar *“De base eu até acho que nós temos, tipo aqueles cursos de formação em serviço é que se calhar não temos tanto e seria importante pelo menos uma vez por ano falarmos do assunto... como estamos a fazer aqui. O que é que aconteceu, o que é que não aconteceu...porque acho que é mais assim que acabamos por aprender uns com os outros e ver mais ou menos como é que as coisas se vão processando.”*

O facto de, por vezes, ser o próprio enfermeiro a esquivar-se da transmissão da má notícia entendendo-a como responsabilidade exclusiva do médico também constituiu motivo de referência para um dos inquiridos ao transmitir, *“Sim... eu acho que nós temos muita dificuldade em transmitir mais informações aos doentes porque nós acabamos por delegar isso um bocadinho para a parte médica também para nos salvaguardarmos, acho eu (eu pelo menos falo por mim) para me salvaguardar um bocadinho e também porque não tenho essa aprendizagem de como saber transmitir. É preciso saber que palavras é que se dizem, escolher muito bem (penso eu que seja assim), não tenho muita formação e se calhar, uma salvaguarda para mim é remeter...”* Segundo este profissional, a ausência de formação faz com que o enfermeiro descarte uma responsabilidade que, em determinada medida, também é sua.

A cooperação desejável entre enfermeiros e médicos foi relembrada por um dos entrevistados ao afirmar que, *“Eu penso que sim. Acho que era uma área fundamental, exactamente por causa daquilo que falámos, nem sempre os médicos estão disponíveis. Na minha opinião, pelo menos, numa primeira fase, deviam ser os médicos a alertar até porque normalmente tanto o doente como os familiares querem sempre mais algum tipo de esclarecimento, muitas vezes com a parte de diagnóstico. Pronto, realmente os médicos é que estão “autorizados”*

legalmente a esclarecer mas como nem sempre isso é possível, entendo que seria uma área a desenvolver, fazia sentido.”

Do total de inquiridos, apenas um enfermeiro questionou a necessidade de formação na transmissão de más notícias frisando, no entanto, que qualquer formação será sempre enriquecedora mas, desde que não funcione como uma alavanca para que outros profissionais se demitam das suas funções e deleguem essa vertente unicamente nos enfermeiros e isso ficou bem explícito, através do que foi transmitido, *“Da experiência que eu tenho aqui, quem dá essa má notícia é o médico. Ponto. Se devem estar presentes o médico e o enfermeiro é outra questão. Se isso é uma informação só médica, será que vale a pena termos essa formação? Nunca é de menos, atenção, não estou... agora, é para nós passarmos a dar essa informação? Há momentos em que temos de ser nós a dá-la. Tudo bem... eu levanto outras questões, nós sabemos que na nossa prática essa competência é médica e às vezes... “Ah, enfermeira, diga você...” Se nós vamos conquistar esse espaço, outros se demitem das suas funções...”* O enfermeiro reconhece que, muitas vezes, terá de ser esse grupo profissional a transmitir a má notícia mas o ideal seria uma atitude partilhada entre enfermeiro e médico.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O campo das Ciências Sociais e Humanas no qual se insere a Enfermagem pode ser caracterizado por uma multiplicidade de curiosidades e áreas com um imenso potencial de exploração, investigação e aprendizagem, sendo a comunicação apenas um exemplo.

A forma como comunicamos, como devemos comunicar e a influência que tal actividade exerce na nossa vida, sempre despertou em mim, um interesse notório. Daí que, ao escolher um tema para a minha dissertação de Mestrado, esta área se tenha logo instaurado na frente de batalha. A associar ao gosto pessoal, a praticamente, inexistência de material bibliográfico coincidente com a transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro (facto que contrariou as minhas expectativas iniciais) fez com que a questão de investigação *Como vivencia o enfermeiro a transmissão de más notícias?* se assumisse efectivamente como o meu foco de preocupação.

Ao finalizar o trabalho que aqui apresento, é tempo de reflectir, analisar e crescer com tudo aquilo que foi desenvolvido. Espero que, com muito mais luzes do que sombras, aquilo que agora se conclui possa constituir um farol para quem, como eu, se interessa por esta área, sempre na procura constante de ser melhor profissional de saúde e melhor pessoa.

O objectivo central da pesquisa efectuada foi explorar o impacto que a transmissão de uma má notícia exerce no enfermeiro e como objectivos específicos definiram-se, descrever os sentimentos vividos pelo enfermeiro durante um processo de transmissão de más notícias, caracterizar o relacionamento estabelecido pelo enfermeiro com o doente e família durante o processo e caracterizar a relação existente com os demais elementos da equipa de enfermagem. Para responder ao problema inicial e testar as hipóteses formuladas, desenvolveu-se então o actual estudo através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas a dez enfermeiros do serviço de Medicina IIA (escolhido aleatoriamente de entre os serviços de Medicina existentes) do Hospital de Egas Moniz e efectuou-se, posterior análise de conteúdo das mesmas.

Será pertinente referir que a colheita de dados foi talvez o período mais conturbado e moroso de todo o processo, dado que a aliar ao facto de ter sido desenvolvido em período pós-laboral

era influenciado decisivamente pela disponibilidade dos entrevistados. Terá sido, porventura, e tendo em conta os receios iniciais justificados pela inexperiência, uma das etapas que mais prazer me proporcionou.

Em termos sócio-demográficos, a amostra era muito homogénea pelo que tal não exerceu influência em termos de resultados obtidos.

Apesar das dificuldades existentes, das dúvidas iniciais e daquelas que percorreram todo o trabalho, dos momentos de apreensão e cansaço, foi possível conduzir a investigação a bom porto, respondendo ao problema inicial e confirmando as hipóteses definidas.

Tal como inicialmente se supunha, existe uma diversidade de sentimentos vividos pelo enfermeiro durante o processo de transmissão de más notícias sendo a impotência o mais referido seguido da impaciência e da frustração. Para além destes, foram ainda mencionados a ansiedade, desilusão, nervosismo, tristeza, pena, compaixão, revolta e angústia.

O crescimento pessoal e profissional e a envolvimento directa que se estabelece com o doente e a sua família é aquilo que o enfermeiro considera como mais significativo. Como complemento e como significado da experiência vivida surgem a aquisição de defesas que melhor permitam controlar as emoções e gerir os sentimentos e o estabelecimento de laços afectivos entre a equipa de saúde, o doente e a família.

Atravessar uma experiência de dimensão humana tão difícil e complexa poderá levar-nos imediatamente à ideia de que o impacto exercido na vida pessoal do enfermeiro é inevitável. Porém, a maioria dos inquiridos (quatro, concretamente) referiram que a experiência em si não os afecta sob o ponto de vista das suas vivências pessoais, contrariando dois deles que referiram ser sempre uma situação marcante. O que se verifica também é que dois dos enfermeiros, numa fase inicial, admitem a existência de impacto mas que acaba por se diluir, carecendo de importância a longo prazo.

A tradução do impacto da experiência vivida pelo enfermeiro é descrita por um lado, pela valorização do dia-a-dia, das coisas simples da vida. Reconhecer o quanto é importante a nossa família, os nossos amigos, as nossas histórias, aprendendo a valorizar de igual forma as conquistas e as derrotas. Por outro lado, o enfermeiro reconhece que há uma necessidade de distanciamento, sentindo-se revoltado quando a atitude profissional influencia em demasia o seu percurso pessoal. Há uma clara noção que tem de existir uma linha, ainda que por vezes ténue, entre a nossa actividade profissional e a vertente pessoal. Só assim podemos crescer enquanto enfermeiros mas também enquanto pessoas. Não podemos entender e assumir os

problemas dos outros como nossos. Devemos sim, ser parte integrante na procura de uma solução para os problemas daqueles a quem prestamos cuidados.

Num processo tão extenso e complexo como o da comunicação de más notícias, o mais difícil de gerir para os enfermeiros é o contacto com a família. Mais uma vez se comprova que a preocupação do enfermeiro é extensiva ao núcleo familiar, reconhecendo a importância que esta exerce para o suporte emocional do doente. Assistir ao sofrimento e dor da família é reconhecer que a sua capacidade de ajuda e dedicação face ao doente possam estar comprometidas e isso não é um dado alheio para o enfermeiro, pelo contrário, constitui sim, um motivo de preocupação. Entender as situações geradoras de sofrimento como algo natural e que fazem parte da vivência indiscutível da profissão também é algo com que o enfermeiro tem alguma dificuldade em lidar e gerir. O enfermeiro é profissional mas é, antes de tudo, um ser humano. Com as suas dúvidas, receios e preocupações.

A relação que se estabelece com o doente deve ser pautada sempre pelo direito e pela ética reconhecendo que atingir um objectivo comum, neste caso, o bem-estar do doente, será mais fácil se existir verdadeira cooperação e reconhecimento da importância tanto do profissional de saúde como daquele a quem os cuidados são dirigidos. O mesmo se passa com a família que deve ser parte integrante na prestação de cuidados. Cada família é única, apresentando graus de dedicação e exigência diferentes e que merecem o mesmo respeito por parte do enfermeiro. O profissional de saúde não pode esquecer que doente e família têm uma história de vida anterior à doença e que poderá influenciar decisivamente as trajetórias que agora atravessam. Ao assistir ao sofrimento e à dor das famílias o enfermeiro refere sentir pena, não querendo revesti-la de negatividade, mas sim no sentido de compreensão de aquele doente e aquela família atravessam um período conturbado e merecem do profissional de saúde toda a sua atenção e ajuda.

Como dificuldades sentidas pelo enfermeiro há a referir a própria gestão da situação com todas as particularidades que a transmissão de uma má notícia comporta e o facto de para o próprio profissional de saúde ser difícil reconhecer que na vida também se perde, nem sempre se ganha e que as situações de perda fazem parte do seu percurso profissional, devendo saber lidar e aprender com elas, reforçando o seu carisma, a sua personalidade e a sua dedicação à Enfermagem.

O contacto com os restantes membros da equipa é efectuado procurando uma partilha de objectivos comuns e dando sentido à definição de trabalho em equipa. É natural que surjam enfermeiros com maior proximidade face a determinado doente e família e isso surge

habitualmente quando a prestação de cuidados é efectuada de forma contínua, durante vários turnos. O que se pretende é que o grupo de enfermeiros com uma relação mais forte com determinado doente consiga envolver os restantes membros da equipa no sentido de atingir a excelência na prestação de cuidados, independentemente do maior ou menor vínculo emocional estabelecido.

Para que o trabalho em equipa possa ser considerado viável, justo e coerente é necessário que todos os elementos lutem por um objectivo comum. Tendo em conta que cada indivíduo é único, com as suas particularidades, forças e fraquezas, é facilmente perceptível que o diálogo adequado e uma partilha efectiva de informação, são elementos base para o sucesso de um projecto. Isso ficou bem patente na equipa de Enfermagem analisada dado que oito enfermeiros referiram existir partilha de informação em detrimento de apenas dois que negaram a existência da mesma.

A consciência de que a Enfermagem é uma ciência com um campo de intervenção extremamente diversificado e a noção de que a prestação de cuidados ao ser humano implica a satisfação de necessidades de várias índoles, ficaram bem patentes ao longo da realização deste trabalho. Contudo, é notório que embora os enfermeiros já manifestem alguma preocupação com as necessidades de comunicação dos seus doentes, elas não assumem ainda um papel verdadeiramente prioritário. A intervenção primária reside no alívio e no controlo da dor, seguindo-se o apoio emocional, a comunicação e, por último, o apoio à família.

A necessidade de recorrer a várias competências no sentido de responder às exigências de cuidados é ponto assente para o enfermeiro dado que referiu todos os pilares que constituem os Cuidados Paliativos, à excepção do trabalho em equipa. A preocupação maior continua a residir no controlo sintomático, mais concretamente, da dor, juntamente com o apoio à família e seguido da comunicação.

Todos os enfermeiros inquiridos assumiram ter aprendido com a experiência vivida, confirmando-se a hipótese inicial e tendo referido o ganho de competências, a experiência, o aumento da capacidade de adaptação a situações futuras, a capacidade de insistir, de persistir e de não desistir como, as aprendizagens prementes. A associar a todas estas é importante referir ainda a capacidade para aprenderem a desenvolver uma certa distância, não se envolvendo excessivamente, procurando um equilíbrio que caracterize o relacionamento com o doente e família de forma salutar.

Quanto à existência de benefício na aprendizagem obtida, todos os enfermeiros referiram que existiu, embora um deles tenha sido mais preciso ao salientar que a aprendizagem é fruto de um conjunto de experiências que se vão acumulando e não apenas de uma só.

Ao serem inquiridos sobre a mudança de comportamento em virtude da aprendizagem obtida, as respostas incidem maioritariamente na existência dessa alteração, com seis enfermeiros a transmitirem isso mesmo. Existe um enfermeiro que explica ter existido mudança mas não totalmente, porque a experiência em si assumiu momentos que relembra como benéficos, e um deles refere que mudou mas não num sentido positivo, reconhecendo que em situações semelhantes procurou cultivar um certo distanciamento motivado pela experiência anterior.

Apenas um enfermeiro reconheceu não ter mudado o seu comportamento, justificando tal facto pela naturalidade com que a situação foi por si assumida, reconhecendo que numa situação futura, a sua intervenção seria pautada pelas mesmas linhas orientadoras.

A necessidade de formação para a transmissão de más notícias para o enfermeiro é um ponto assente para nove dos dez inquiridos, sendo que apenas um deles a questionou, salientando a importância de qualquer formação mas desde que a mesma não interfira na diminuição de competências por parte dos médicos.

Dos nove enfermeiros que referiram claramente essa necessidade, três deles frisaram ainda a vantagem de existirem, em paralelo com a formação, reuniões de equipa frequentes onde se abordassem questões relativas à forma como a comunicação foi desenvolvida nalgum contexto específico, salientar o que correu bem ou o que correu menos bem, constituindo essa análise como uma aprendizagem concomitante com qualquer outra mais específica. Um dos enfermeiros referiu ainda a necessidade de num campo tão complexo e vasto como a comunicação, onde é tão difícil debelar problemas e trilhar um caminho bem definido, existir uma maior cooperação estratégica entre enfermeiros e médicos.

Sendo a transmissão de más notícias um legado, tantas vezes, deixado aos enfermeiros e que tende a exercer no domínio profissional destes uma influência crescente, espero que a realização deste trabalho possa constituir uma ajuda efectiva numa área complexa e tantas vezes minimizada pelos profissionais.

A realização de qualquer estudo implica a tomada de consciência de que sem objectividade e rigor científicos, a validade do mesmo será sempre questionável.

De qualquer forma, deverá ser também dado assente para o investigador que existem sempre variáveis que estão fora do seu controlo, pelo que, o trabalho acabará por reunir apesar do seu

esforço, algumas limitações. A este gesto de humildade deve ser associada a ideia de que as brechas existentes numa investigação são também positivas, na medida, em que podem servir de ponto de partida para novas investigações.

Desde que assim se pretenda, uma investigação nunca está concluída e pode sempre servir de base para o surgimento de novas inquietações e consequentes estudos, daí que a ciência, em qualquer dos seus domínios, seja uma área incompleta por natureza e daí a sua riqueza particular.

A investigação desenvolvida pretende contribuir para que os enfermeiros transmitam más notícias da forma mais correcta possível, minimizando o sofrimento do doente e sua família e permitindo que o enfermeiro desenvolva a suas capacidades convictamente e sem prejuízo da sua vida pessoal.

Os testemunhos gentilmente cedidos pelos entrevistados foram um notável campo de análise e espera-se que também um excelente campo de intervenção para eventuais mudanças que se considerem benéficas para todos os envolvidos no processo comunicacional.

Seria interessante no futuro desenvolver o mesmo estudo descritivo, no mesmo serviço e analisar eventuais mudanças citando, por exemplo, a formação dos enfermeiros. Para isso e dado ser necessário algum horizonte temporal, sugere-se que tal estudo descritivo comparativo fosse desenvolvido dentro de pelo menos, quatro anos. Assim, será possível estabelecer uma eventual analogia entre a formação dos enfermeiros que integraram o estudo actual e a formação dos enfermeiros no estudo posterior.

A escassez de unidades e equipas de Cuidados Paliativos no nosso país devido ao não funcionamento pleno da Nova Rede Nacional de Cuidados Paliativos implicou que a amostra fosse constituída por enfermeiros sem formação em Cuidados Paliativos. Esse facto não influenciou negativamente a investigação, isto porque, acções paliativas qualquer enfermeiro pode desenvolver, seja qual o serviço em que se encontra inserido e desde que o doente a quem presta cuidados assim o justifique. Em termos de implicação futura seria pertinente desenvolver o mesmo estudo num serviço específico de Cuidados Paliativos onde os enfermeiros apresentassem já formação específica na área. A comparação entre as duas investigações poderia determinar se a formação do enfermeiro em Cuidados Paliativos influencia ou não a vivência que tem ao transmitir uma má notícia, e a existir essa influência, quais as diferenças relativamente a um enfermeiro sem formação.

Espero convictamente que este estudo possa contribuir em maior grau para o enriquecimento da Enfermagem enquanto ciência, enquanto percurso, enquanto profissão e que seja um estímulo para que quem faz desta actividade, o seu modo particular de crescimento interior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, Maurice (2001) – *Para uma morte mais humana*. Loures: Lusociência, p.206. ISBN: 972-8383-25-8

ALBOM, Mitch (1997) – *Às terças com Morrie*. Lisboa: Sinais de Fogo, p.222. ISBN: 972-8541-06-6

ALLEN, Judy & BROCK, Susan A. (2000) – *Health Care Communication Using Personality Type: Patients are different*. London: Routledge, p.222. ISBN: 0-415-21373-8

AMADO, João da Silva – *A Técnica de Análise de Conteúdo* – [Em linha] – 2011. [Consult. 09 Agosto 2011]. Disponível em [www:<URL:http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=análise de conteúdo&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2049 >](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=análise%20de%20conteúdo&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2049).

AMBROZANO, Rosemeire M. (2002) – *Formação interdisciplinar do enfermeiro*. São Paulo: Arte & Ciência, p.125. ISBN: 85-7473-041-6

ANTUNES, Nuno Lobo (2008) – *Sinto Muito*. Lisboa: Verso da Kapa, p.247. ISBN: 978-972-8974-68-8

APÓSTOLO, João L. A. (2010) – *O conforto induzido pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p.193. ISBN: 978-989-26-0036-9

ARAÚJO, Monica & SILVA, Maria (2007) – *A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o optimismo*. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2007, Dezembro, 674, pp. 668-674. ISSN: 0080-6234

BARBOSA, António & NETO, Isabel Galriça (2006) – *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, p.511. ISBN: 978-972-9349-21-8

BARDIN, Laurence (2008) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, p. 281. ISBN: 978-972-44-1506-2

BARRETO, Jubel – *Como comunicar más notícias* – [Em linha] – 2009. [Consult. 17 Janeiro 2010]. Disponível em [www:<URL:http://med11jf.files.wordpress.com/2009/10/como.comunicar.mas.noticias.doc](http://med11jf.files.wordpress.com/2009/10/como.comunicar.mas.noticias.doc) >.

BARTMANN, Mercilda et al (2005) – *Administração na saúde e na Enfermagem*. São Paulo: Senac, p.112. ISBN: 85-7458-197-6

BASTOS, Ana Paula (2003) – *Rumo à plenitude do ser*. Lisboa: Paulinas, p.133. ISBN: 972-751-374-3

BERGER, Ann M. et al (2007) – *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.923. ISBN: 978-07817-9595-1

BIEHL, Luciano Volcanoglo (2003) – *A ciência ontem, hoje e sempre*. Canoas: Ulbra, p.220. ISBN: 85-7528-083-X

BUCKMAN, Robert (1992) – *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: JHU Press, p.223. ISBN: 0-8018-4490-8

CAMPENHOUDT, Luc Van & QUIVY, Raymond (1998) – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, p.284. ISBN: 978-972-662-275-8

CAMPOS, Correia de – *Sem título* – [Em linha] – 2009. [Consult. 17 Janeiro 2010]. Disponível em [www:<URL:http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio) >.

CAMPOS, Claudinei J. G. & TURATO, Egberto R. – *Análise de Conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas* - [Em linha] – 2009. [Consult. 28 Agosto 2011]. Disponível em [www:URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200019&script=sci_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200019&script=sci_arttext&tlng=pt)>.

CARMO, Hermano & FERREIRA, Manuela (2008) – *Metodologia da Investigação Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade aberta, p.374. ISBN: 978-972-674-231-9

CARVALHO, Antônio V. (1999) – *Aprendizagem organizacional e tempos de mudança*. São Paulo: Pioneira, p.208. ISBN: 85-221-0194-9

CARVALHO, M^a Margarida M. J. de (1999) – *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, p.340. ISBN: 85-323-0674-8

CLAMPITT, Phillip G. (2010) – *Communicating for Managerial Effectiveness: Problems, Strategies, Solutions*. California: SAGE Publications, p.287. ISBN: 978-1-4129-7088-4

COOPER, Donald & SCHINDLER, Pamela (2003) – *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Bookman, p.640. ISBN: 0-07-231451-6

COUTINHO, Clara – *O que é Análise de Conteúdo?* - [Em linha] – 2011. [Consult. 09 Agosto 2011]. Disponível em [www:<URL: http://claracoutinho.wikispaces.com/O+que+%C3%A9+An%C3%A1lise+de+Conte%C3%BA+do%3F>](http://claracoutinho.wikispaces.com/O+que+%C3%A9+An%C3%A1lise+de+Conte%C3%BA+do%3F).

D'ANTONIO, Patrícia & LEWENSON, Sandra B. (2011) – *Nursing Interventions Through Time: History as Evidence*. New York: Springer Publishing Company, p.256. ISBN: 978-0826105776

DIAS, M^a do Rosário (2005) – *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores, p. 249. ISBN: 972-796-178-9

DIOGO, Edgar – *O que são trabalhos de investigação e para que servem?* - [Em linha] – 2011. [Consult. 06 Agosto 2011]. Disponível em [www:<URL:http://edgardiogo.blogspot.com/2006/11/12/o-que-sao-trabalhos-de-investigacao-e-para-que-servem/>](http://edgardiogo.blogspot.com/2006/11/12/o-que-sao-trabalhos-de-investigacao-e-para-que-servem/).

DIOGO, Paula (2006) – *A vida emocional do enfermeiro*. Coimbra: Formasau, p. 262. ISBN: 972-8485-70-0

DOYLE, Derek et al (2005) – *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford University Press, p.1244. ISBN: 13978-0-19-856698-4

EDITORA, Enciclopédia e dicionários Porto – *Dicionário da Língua Portuguesa* - [Em linha] – 2009. [Consult. 28 Julho 2011]. Disponível em [www:<URL: http://www.infopedia.pt/diciope.jsp?dicio=15&Entrada=notícia>](http://www.infopedia.pt/diciope.jsp?dicio=15&Entrada=notícia).

ELIAS, Ana & GIGLIO, Joel (2002) – *Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade*. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2002, Abril, 129, pp. 116-129. ISSN: 0101-6083

ELIZARI, Francisco Javier et al (2007) – *10 palabras clave ante el final de la vida*. Navarra: Editorial Verbo Divino, p.461. ISBN: 978-84-8169-712-4

ENFERMEIROS, Ordem dos – *O que é a Ordem* – [Em linha] – 2012. [Consult. 16 Dezembro 2012]. Disponível em [www:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/oqueeaordem.aspx >](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/oqueeaordem.aspx).

ESEP, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (2009) – *Saúde e Qualidade de Vida em Análise*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, p.349. ISBN: 978-989-96103-0-9

FAULKNER, Ann (1998) – *When the news is bad: A guide for health professionals on breaking bad news*. Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd, p.138. ISBN: 0-7487-3345-0

FERRELL, Betty R. & COYLE, Nessa (2010) – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press, p.1408. ISBN: 978-0-19-539134-3

FIELDING, Richard (1995) – *Clinical Communication Skills*. Hong Kong: Hong Kong University Press, p.333. ISBN: 962 209 371 X

FILHO, Gildasio A. M. & TACHIZAWA, Elio T. (2003) – *Como fazer monografia na prática*. Rio de Janeiro: FGV Editora, p.146. ISBN: 85-225-0260-9

FILHO, Rubens et al (2008) – *Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva*. In: *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2008, Janeiro/Março, 92, pp. 88-92. ISSN: 0103-507X

FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, p.388. ISBN: 978-972-8383-10-7

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, p.595. ISBN: 978-989-8075-18-5

FREITAS, Neli K. (2000) – *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. São Paulo: Summus, p. 152. ISBN: 85-323-0750-7

FRIAS, Cidália F. C. (2003) – *A aprendizagem do cuidar e a morte*. Loures: Lusociência, p.210. ISBN: 972-8383-50-9

GINESTE, Yves & PELLISSIER, Jérôme (2007) – *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, p.354. ISBN: 978-972-771-976-1

GOLDENBERG, Mirian (2004) – *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Editora Record, p.107. ISBN: 85-01-04965-4

GÓMEZ, Marcos (2006) – *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán, p.221. ISBN: 84-95913-96-8

GUELFFI, D.; MOLINA, V.; SANTOS, M. (2009) – *Caderno de Pesquisa em Serviço Social*. São José dos Campos: Faculdade de Ciências da Saúde, p.73. ISBN: 978-85-7893-764-5

GUERRA, Isabel Carvalho (2006) – *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*. Estoril: Príncipia Editora, p.96. ISBN: 972-8818-66-1

HENNEZEL, Marie de (1997) – *Diálogo com a Morte*. Lisboa: Editorial Notícias, p.173. ISBN: 972-46-0793-3

INTERIOR, Universidade da Beira Interior – *História dos Cuidados Paliativos em Portugal* - [Em linha] – 2011. [Consult. 12 Abril 2011]. Disponível em [www:<URL: http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/apresentacao.htm>](http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/apresentacao.htm).

JEFFREY, David (2006) – *ABC of Palliative Care*. Massachusetts: Blackwell Publishing, p.96. ISBN: 978 1 4051 3079 0

JESUS, Élvio – *A Comunicação de más notícias* – [Em linha] – 2009. [Consult. 17 Janeiro 2010]. Disponível em [www:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt>](http://www.ordemenfermeiros.pt).

KOVACS, M^a J. et al (2008) – *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus, p.648. ISBN: 978-85-323-0383-7

KUBLER-ROSS, Elisabeth (1997) – *A Roda Da Vida*. Cruz Quebrada: estrelapolar, p.332. ISBN: 978-972-8929-88-6

LASKIN, Alexander (2010) – *Managing Investor Relations: Strategies for effective Communication*. New York: Business Expert Press, p.150. ISBN: 978-1-60649-080-8

LEAL, Fátima– *Transmissão de más notícias*– [Em linha] – 2009. [Consult. 17 Janeiro 2010]. Disponível em [www:<URL:http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/200803041143043859489.pdf >](http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/200803041143043859489.pdf).

LOCK, Jussara et al (2008) – *Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica*. Porto Alegre: Edipucrs, p.414. ISBN: 978-85-7430-737-4

LOPES, Manuel José (2006) – *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, p.368. ISBN: 972-8485-6-X

LLOYD, Margaret & BOR, Robert (2009) – *Communication Skills for Medicine*. Churchill Livingstone Elsevier, p.222. ISBN: 978-0-7020-3058-1

MAGALHÃES, José Carlos (2009) – *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler, p.190. ISBN: 978-989-8218-07-0

MAGINN, Michael D. (1996) – *Eficiência no trabalho em equipe*. São Paulo: Nobel, p.110. ISBN: 85-213-0905-8

MALHOTRA, Naresh K. (2004) – *Pesquisa de marketing: Uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, p.720. ISBN: 0-13-033716-1

MANUEL, Helena I. B. (2007) – *Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal*. Lisboa: ACIME, p.237. ISBN: 978-989-8000-32-3

MARCELLINO, Nelson Carvalho (2002) – *Introdução às ciências sociais*. Campinas: Papyrus Editora, p.132. ISBN: 85-308-0051-6

MARCO, Mário A. De (2003) – *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.296. ISBN: 85-7396-271-2

MARTINO, Luís Mauro Sá (2009) – *Teoria da Comunicação*. Petrópolis: Editora Vozes, p.286. ISBN: 978-85-326-2517-5

MATZO, Marianne LaPorte & SHERMAN Deborah Witt (2010) – *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. New York: Springer Publishing Company, p.576. ISBN: 978-0-8261-5792-8

MELO, M^a da Luz (2005) – *Comunicação com o doente*. Loures: Lusociência, p.167. ISBN: 972-8383-86-X

MESQUITA, Evandro – *Cardiologia baseada em evidências – Um novo caminho para a medicina contemporânea?* - [Em linha] – 2011. [Consult. 30 Julho 2011]. Disponível em [www:<URL:http:// www.cardiol.br/ColunaSBC/artigo.htm>](http://www.cardiol.br/ColunaSBC/artigo.htm).

MORAES, Roque – *Análise de Conteúdo* - [Em linha] – 2011. [Consult. 10 Abril 2011]. Disponível em [www:<URL: http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html).

MOREIRA, Daniel Augusto (2002) – *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Thomson Pioneira, p.152. ISBN: 85-221-0262-7

NEWELL, Michael & PINARDO, Mario (1998) – *Reinventing your nursing career: a handbook for success in the age of managed care*. Maryland: Aspen Publishers, p.253. ISBN: 0-8342-1007-X

NETO, Isabel Galriça et al (2010) – *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Aletheia Editores, p.218. ISBN: 978-989-622-298-7

NEVES, Chantal et al (2000) – *Cuidados Paliativos*. Coimbra: Edições Formasau, p.145. ISBN: 972-8485-16-6

OLIVEIRA, Sílvio Luíz de (2002) – *Metodologia científica aplicada ao direito*. São Paulo: Cengage Learning, p.282. ISBN: 85-221-0275-9

PADUA, Elisabete M. M. de (2004) – *Metodologia da pesquisa: Abordagem teórico-prática*. Campinas: Papirus Editora, p.120. ISBN: 85-308-0607-7

PALIATIVOS, Associação Portuguesa de Cuidados – *O que é a APCP?*- [Em linha] – 2011. [Consult. 12 Abril 2011]. Disponível em [www:<URL:http://www.apcp.com.pt/index.php?cod=61&subCat=70 >](http://www.apcp.com.pt/index.php?cod=61&subCat=70).

PALIATIVOS, Sociedad Española de Cuidados – *Guía de Cuidados Paliativos*- [Em linha] – 2011. [Consult. 22 Julho 2011]. Disponível em [www:<URL:http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=doce >](http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=doce).

PEREIRA, Júlio C. R. (1999) – *Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: Editora da Universidade de S. Paulo, p.156. ISBN: 85-314-0523-8

PEREIRA, Maria A. G. (2008) – *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Edições Formasau, p.446. ISBN: 978-972-8485-92-4

PERKIN, Ronald M. et al (2007) – *Pediatric Hospital Medicine: Textbook of Inpatient Management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.924. ISBN: 978-0-7817-7032-3

PHANEUF, Margot (2002) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, p.633. ISBN: 972-8383-84-3

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. (2003) – *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Loures: Lusociência, p.653. ISBN: 972-8383-65-7

PIANUCCI, Ana (2002) – *Saber Cuidar – Procedimentos básicos em Enfermagem*. São Paulo: Senac, p.297. ISBN: 978-85-7359-721-9

PIMENTA, C.; MOTA, D.; CRUZ, D. (2006) – *Dor e Cuidados paliativos*. Barueri: Editora Manole, p.498. ISBN: 85-204-2403-1

PIRES, Emília et al (2005) – *Na Curva do Caminho Testemunhos de Pais*. Sintra: A Nossa Âncora, p.171. ISBN: 972-99075-1-X

RANDALL, Fiona & DOWNIE, R. S. (2006) – *The Philosophy of Palliative Care Critique and Reconstruction*. New York: Oxford University Press, p.236. ISBN: 0-19-856-736-7

REBELO, José Eduardo (2009) – *Amor, Luto e Solidão*. Alfragide: casadasletras, p.185. ISBN: 978-972-46-1865-4

REGO, António (2009) – *Um ramo de amendoeira*. Águeda: Paulinas, p. 247. ISBN: 978-972-751-996-5

REIS, Bruno – *Coaching, a arte de gerir competências*. In: *Nutricias*, 2008, Maio, 59, pp: 56-57. ISSN: 1645-1198

REY, Fernando L. G. (2002) – *Pesquisa qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson, p.151. ISBN: 85-221-0267-8

RIBEIRO, José L. P. (2007) – *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, p.356. ISBN: 989-558-045-2

RIBEIRO, Lavina M. (2004) – *Comunicação e Sociedade: Cultura, Informação e Espaço Público*. Rio de Janeiro: E-papers, p.348. ISBN: 85-7650-003-5

RIBEIRO, José L. P. (2008) – *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora, p. 170. ISBN: 989-8148-16-0

SAMUEL, Caruso (2005) – *Reflexões sobre os sentimentos*. Rio de Janeiro: Centro Redentor, p.126. ISBN: 85-89130-03-7

SAVATER, Fernando (1998) – *Ética para um jovem*. Lisboa: Presença, p.126. ISBN: 972-23-1657-5

SAÚDE, Direcção-Geral da – *Programa Nacional de Cuidados Paliativos* - [Em linha] – 2011. [Consult. 30 Julho 2011]. Disponível em [www:<URL:http:// www.dgs.pt/?cr=7451 >](http://www.dgs.pt/?cr=7451).

SCHWARTZ, Morrie (2006) – *Amar e Viver*. Cascais: Pergaminho, p.113. ISBN: 972-711-743-0

SEM AUTOR – *Psicologia Científica – A pesquisa qualitativa na Psicologia – Método Qualitativo na Psicologia Científica* - [Em linha] – 2011. [Consult. 04 Agosto 2011]. Disponível em [www:<URL:http://www.psicologiananet.com.br/psicologia-cientifica-a-pesquisa-qualitativa-na-psicologia-%E2%80%93-metodo-qualitativo-na-psicologia-cientifica/847/>](http://www.psicologiananet.com.br/psicologia-cientifica-a-pesquisa-qualitativa-na-psicologia-%E2%80%93-metodo-qualitativo-na-psicologia-cientifica/847/).

SERVELLEN, Gwen Van (2009) – *Communication Skills for the Health Care Professional Concepts, Practice, and Evidence*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, p.485. ISBN: 978-0-7637-5557-7

SFAP (2000) – *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência, p.237. ISBN: 972-8383-17-7

SHEEHAN, Caryn et al (2011) – *Palliative Care Nursing*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, p.356. ISBN: 978-0-7637-7384-7

SILVA, Ana I. (2008) – *A Arte de Enfermeiro*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p.511. ISBN: 978-972-8704-99-5

SILVA, Valéria & ZAGO, Márcia (2005) – *A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes*. In: *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2005, Julho/Agosto, 480, pp. 476-480. ISSN: 0034-7167

SOARES – *Fundamentação Metodológica* - [Em linha] – 2011. [Consult. 06 Agosto 2011]. Disponível em [www:<URL: http://www.eps.ufsc.br/disserta99/soares/cap5.html >](http://www.eps.ufsc.br/disserta99/soares/cap5.html).

SOUSA, Judite (2009) – *A Vida é um Minuto o poder e a imagem*. Alfragide: Oficina do livro, p.151. ISBN: 978-989-555-489-8

SOUZA, Ricardo T. de & OLIVEIRA, Nythamar F. de (2002) – *Fenomenologia Hoje II: Significado e linguagem*. Porto Alegre: Edipucrs, p.517. ISBN: 85-7430-307-0

STRATTON, Peter (2003) – *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira, p.243. ISBN: 85-221-0091-8

TAVARES, Luís F. B. (2009) – *Simetria, o elo perdido*. São Paulo: Biblioteca 24 horas, p.248. ISBN: 978-85-7893-306-7

TEIXEIRA, M^a L. M. (2008) – *Valores humanos & gestão: Novas perspectivas*. São Paulo: Senac, p.504. ISBN: 978-85-7359-737-0

TWYXCROSS, Robert (2003) – *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores, p.207. ISBN: 972-796-093-6

VIEIRA, Marcelo & ZOUAIN, Deborah (2006) – *Pesquisa qualitativa em administração*. Rio de Janeiro: FGV Editora, p.223. ISBN: 85-225-0472-5

WATSON, Jean (1999) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, p.182. ISBN: 972-8383-33-9

WIKIPÉDIA, A enciclopédia livre – *Método científico* - [Em linha] – 2011. [Consult. 02 Agosto 2011]. Disponível em [www:<URL: http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_cient%C3%ADfico>](http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_cient%C3%ADfico).

ZARIFIAN, Philippe (2003) – *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Senac, p.192. ISBN: 2-87880-383-3

PARTE IV

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de Colheita de Dados



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

UNIVERSIDADE CATÓLICA

Ao c/Sr.ª Prof.ª Alexandre Castro Caldas

Palma de Cima

1649 – 023 LISBOA

Sua Ref.

ICS/0396/2010

Sua comunicação

03.08.2010

Nossa Ref.

192/DE

Data

24.09.2010

Roguel Ribeiro

Assunto: Pedido de realização de Colheitas de dados

Em resposta ao v/ofício em referência a solicitar a realização de colheita de dados no **Serviço de Medicina do Hospital Egas Moniz**, informamos que autorizamos a realização da colheita de dados para o estudo "*A transmissão de más notícias na perspectiva do Enfermeiro*".

Com os melhores cumprimentos.

Isabel Coimbra

Enfermeira Directora
Vogal Executivo do Conselho
de Administração

ANEXO II

Pedido de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Raquel Alexandra Rodrigues Ribeiro, aluna do Mestrado em Cuidados Paliativos, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pretende realizar um estudo de investigação sobre *A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro*, sendo orientador da tese o Professor Doutor José Carlos Bermejo. Assim, surgiu a necessidade de colher dados a enfermeiros prestadores directos de cuidados, através de uma entrevista semi-estruturada.

Nesse sentido, será pertinente esclarecer determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a. A informação recolhida será utilizada exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros;
- b. O trabalho destina-se a conhecer a vivencia do enfermeiro ao transmitir uma má notícia;
- c. Os dados serão colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, com gravação áudio;
- d. A selecção dos informantes será de acordo com os critérios de elegibilidade;
- e. Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- f. A participação dos informantes é voluntária;
- g. A confidencialidade e a privacidade serão salvaguardadas;
- h. Após a conclusão do trabalho de investigação, a cassette da entrevista será destruída, bem como o consentimento informado.

Compreendi as explicações que me foram transmitidas sobre o trabalho de investigação a desenvolver. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que considere pertinentes, tendo obtido resposta satisfatória e aceitando, por isso, participar no estudo.

Data: -----/-----/----- Assinatura do participante

Eu,, abaixo assinado, declaro que expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em causa e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: -----/-----/----- Assinatura da entrevistadora

ANEXO III

Guião da entrevista semi-estruturada

Designação dos Blocos	Objectivos Específicos	Perguntas
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar os objectivos do estudo; • Contextualizar a entrevista; • Obter o consentimento. 	Explicar o tipo de estudo e a amostra seleccionada; Dar a conhecer a estrutura e a duração prevista da entrevista; Pedir a colaboração, autorização para gravar a entrevista e garantir a confidencialidade.
Activação da memória	<ul style="list-style-type: none"> • Activar a memória; • Conduzir o entrevistado a relembrar determinada situação; • Contextualizar o tema numa experiência vivida. 	Solicitar uma experiência de transmissão de más notícias.
Atribuição de significados à experiência vivida (percepções, sentimentos, pensamentos)	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever percepções e sentimentos decorrentes da experiência vivida; • Descrever o sentido atribuído; • Descrever a relação entre a experiência pessoal e a vivência abordada. 	O que significou para si, em termos de sentimentos? O que foi mais significativo? Qual o significado que teve para si? Desenvolveu algum impacto na sua vida pessoal? Como?
Dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar dificuldades; • Caracterizar as representações sobre o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro. 	O que foi mais difícil de gerir? Como foi a sua relação com o doente/família? Que dificuldades experimentou? Como foi o contacto com os restantes membros da equipa? Houve partilha de informação com os restantes elementos da equipa? Quais as necessidades que identificou no doente? A que competências recorreu?
Aprendizagens e suporte desenvolvido	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar aprendizagens; • Caracterizar mecanismos de suporte. 	O que aprendeu? Considera benéfica tal aprendizagem? Mudou o seu comportamento depois dessa aprendizagem? Entende ser necessária a formação para a transmissão de más notícias?

ANEXO IV

Questionário Sócio-Demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A. DADOS PESSOAIS

1. Género

Feminino

Masculino

2. Idade

(Nº anos)

3. Estado civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

4. Habilitações literárias

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

5. Ano em que terminou a habilitação literária descrita anteriormente

B. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Parentesco (*)	Idade	Género (Feminino/Masculino)

(*) Pai, mãe, filho (a), marido, esposa, irmão (ã)

C. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Tempo de prestação directa de cuidados
(Nº anos)

2. Tempo de trabalho no serviço actual
(Nº anos)