

Curso: Mestrado em Cuidados Continuados

Transmissão de Más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados

Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo

Nº31994

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de
Mestre em Cuidados Continuados

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Galvão

Dezembro, 2015

Curso: Mestrado em Cuidados Continuados

Transmissão de Más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados

Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo

Nº 31994

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do
Grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Galvão

Dezembro, 2015

Pensamento

“ O ato de dar notícias, tal como os tumores, pode ser benigno ou maligno. As notícias também podem ser invasivas, e os efeitos de uma má comunicação com o paciente podem metastizar a família deste.”

TWYXCROSS, Robert in Cuidados Paliativos (2001)

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar a apresentação deste relatório de estágio, que é o resultado de um período de investigação, de exploração, de dedicação e busca de novos conhecimentos, não poderia deixar de dedicar algumas palavras de gratidão e apreço a todos aqueles que intervieram direta ou indiretamente ao longo da sua realização.

O meu primeiro agradecimento à Professora Doutora Ana Galvão, orientadora do presente relatório de estágio do mestrado em Cuidados Continuados, pela disponibilidade, pela partilha de saberes, orientação, apoio e sugestões sempre imprescindíveis, que contribuíram para a valorização e realização deste relatório, a minha sincera gratidão.

À Dra. Ana Patrícia Santos, Técnica Superior de Serviço Social da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça e minha orientadora institucional, por toda a disponibilidade, a forma calma, delicada e a compreensão demonstrada para me ajudar a ultrapassar algumas dificuldades surgidas durante o percurso do estágio. Um muito obrigada também pela oportunidade de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional que me proporcionou.

A todos os profissionais de saúde que participaram neste estudo, pela boa vontade, disponibilidade e ajuda valiosa. Um agradecimento especial à Psicóloga Clínica, Dra. Sandra Silva, à Terapeuta da Fala, Dra. Daniela Carvalho e ao Enfermeiro Luís Correia que sempre me fizeram sentir integrada desde o primeiro instante em que entrei na Unidade e por toda a simpatia com que me acolheram.

Ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Murça e à Diretora Técnica da Unidade, pela confiança depositada, autorizando a realização deste trabalho.

A todas as minhas colegas do curso de mestrado em Cuidados Continuados, o meu agradecimento, pelo companheirismo e incentivo ao longo deste caminho em comum, principalmente à minha amiga Rafaela Leite.

Não posso deixar de agradecer à minha mãe que sempre me acompanhou neste percurso tão importante para mim, sem ela este sonho não se tinha concretizado.

Ao meu marido Daniel, pelo carinho, confiança e toda a força necessária que me deu para seguir em frente e nunca desanimar perante eventuais adversidades. Obrigada pela paciência, pela compreensão, por tudo!

Bem hajam!

RESUMO

Comunicação de má notícia é definida como “Qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro” (Buckman, 1984). Ou seja, é entendida como informação que muda a visão que o paciente tem do seu futuro, que envolve as enfermidades, dor ou perda das funções que se tornarão crónicas ou permanentes, ou a necessidade de tratamentos prolongados e dolorosos que podem enfraquecer e/ou mutilar o seu corpo.

A comunicação de más notícias e a relação entre profissional de saúde/doente/família são uma realidade no nosso quotidiano, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas, quer pelos dilemas pessoais e profissionais que origina, quer pela gravidade da situação e pela controvérsia que existe em “E agora, onde, como e quando é que vou dizer que...”.

Perante esta realidade, consideramos pertinente proceder à realização deste estudo “Transmissão de Más Notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados”, com a finalidade de contribuir para a otimização e uniformização de critérios na transmissão de más notícias.

O presente relatório tem como principal finalidade analisar e compreender os conhecimentos dos profissionais de uma equipa de Cuidados Continuados Integrados acerca da transmissão de más notícias, de modo a obtermos linhas orientadoras, para o desenvolvimento de competências de comunicação de más notícias, por parte dos profissionais de saúde, e também, para contribuir para uma conduta humanizada por parte destes mesmos profissionais.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados entre Março e Junho de 2015, sendo apresentado em duas partes. A primeira parte diz respeito à estrutura prática, onde se descreve o nosso estágio curricular- Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça no período de 3 de Março a 8 de Maio de 2015 (240 horas). A segunda parte destina-se à descrição do estudo empírico. O método de investigação utilizado neste estudo seguiu o paradigma quantitativo. O tipo de estudo foi um estudo de caso, descritivo-observacional, num plano transversal.

Participaram neste estudo um total de 32 profissionais de saúde (n=32) da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça, nomeadamente 6 médicos (1 fisiatra, 1 cirurgião geral, 2 internistas, 1 pneumologista e 1 ortopedista), 19 enfermeiros

(1 dos quais é diretor técnico), 3 fisioterapeutas, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 psicóloga clínica.

No que concerne ao questionário por nós elaborado, este foi construído com recurso à revisão da literatura efetuada. É composto por uma primeira parte de informação sociodemográfica e uma segunda parte (escala ordinal tipo Likert) por questões de resposta fechada.

A revisão da literatura efetuada e o questionário aplicado aos profissionais de saúde a exercerem funções na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça possibilitaram a identificação de fatores que influenciam o processo de transmissão de más notícias, pelos profissionais de saúde. De entre os resultados, revela-se que 59 % dos profissionais de saúde considera que os doentes têm o direito de serem informados sobre o conteúdo da má notícia, ao passo que os restantes 41% acreditam que não o fazer pode diminuir o impacto negativo no estado físico e emocional dos doentes. Os mesmos, quando confrontados com a sua prática, apresentam algumas dificuldades em informar o doente sobre o conteúdo da má notícia. Os principais motivos invocados pelos profissionais de saúde mostrou que a maior dificuldade está em “lidar com as emoções do doente” (M= 3.93, DP= 1.25) e mais fácil “conseguir tempo para informar” (M= 2.17, DP= 1.44).

É de realçar a formação contínua dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias, uma vez que a formação é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de competências nesta área (de acordo com os resultados obtidos, mais de metade da equipa teve formação em comunicação de más notícias durante o percurso académico, 56%, mas apenas 31% continuou a fazer esse tipo de formação).

Palavras-Chave: má notícia; comunicação; cuidados paliativos; protocolo Spikes e relação de ajuda.

ABSTRACT

The communication of a bad new is defined as an information that “any information that change dramatically and negatively the patient’s view of its future” (Buckman, 1984). It is understood as an information that change the patient’s vision of it’s future, which involves diseases, pain or loss of function that will become chronic or permanent or will need prolonged and painful treatments that can weaken and/or maim the body.

The communication of bad news and the relation between health professionals/patient/family are a reality in our daily lives, becoming one of the most difficult and complex issues. It is not only from personal and professional dilemmas, but also by the gravity of the situation and by the controversy that exists in “now and where, how and when i will say that...”

Given this reality, we consider relevant to the construction of this study “of a Bad News Broadcast in the context of the Continuing Integrated Cares”, in order to contribute to the optimization and standardization of criteria in breaking bad news.

This report's main purpose is to analyze and understand the knowledge of professionals in a team of Continuous Care about breaking bad news in order to obtain guidelines for the development of bad news communication skills by professionals health, and also to contribute to a humane conduct by these same professionals.

This work was developed under the Master of Continuing Care between March and June 2015 and is presented in two parts. The first part concerns the practical framework, which describes our stage curricular- Continuous Care Unit Murça at 3 in the period from March to May 8, 2015 (240 hours) .The second part is intended for the description of the empirical study. The research method used in this study followed the quantitative paradigm. The type of study was a case study, descriptive, observational, cross a cloth.

Participated in this study a total of 32 health professionals (n = 32) of the Continuous Care Unit of Murça, including 6 doctors (one psychiatrist, one general surgeon, two internists, 1 pulmonologist and one orthopedic surgeon), 19 nurses (one of which is technical director), 3 physiotherapists, 1 speech therapist, one occupational therapist, one social worker and one clinical psychologist.

With regard to the questionnaire prepared for us, this was built using the review of the literature performed. It consists of a first part of socio-demographic information and a second portion (ordinal Likert scale) for reasons of closed response.

The review of the literature and the questionnaire enable the identification of facts that influence the process of breaking bad news, by the health professionals. Among the results, it's revealed that 59% of health professionals think that patients are entitled to be informed of the bad news content, while the remaining 41% believe that hiding the results can reduce the negative impact in the physical and emotional state of the patient. The most part of the professionals have some difficulties to inform the patient about the contents of the bad news. The reasons of the health professionals shows that the big difficulty is to “deal with the patient’s emotions” (M= 3.93, DP= 1.25) and it is easier “get time to inform” (M= 2.17, DP= 1.44).

It should be noted that the continuing education of health professionals in communicating bad news, considering that training is a key strategy for the development of skills in this area (according to the results obtained more than half of the team was training in poor communication news during the academic route, 56%, but only 31% continued to do this kind of training).

Keywords: bad news; communication; palliative care; spikes protocol and supportive relationship.

RÉSUMÉ

Communication de mauvaise nouvelle est défini comme “Toute information qui change radicalement et négativement le point de vue du patient de son future” (Buckman, 1984). C'est-à-dire, l'information qui change la vision que le patient a de son avenir, impliquant les maladies, la douleur ou la perte des fonctions qui vont devenir chroniques ou permanentes, ou la nécessité de traitements prolongés et douloureux qui peuvent affaiblir et/ou de mutiler leur corps.

La communication de mauvaises nouvelles et la relation entre la santé professionnelle/patient/famille sont une réalité dans nos vies quotidiennes, devenant l'un des problèmes les plus difficiles et complexes, soit pour les dilemmes personnels et professionnels soit par la gravité de la situation et la controverse qui existe dans " Et maintenant, où, comment et quand vais-je dire que.... ".

Compte tenu de cette réalité, nous considérons pertinent la réalisation de cette étude “Transmission de Mauvaises Nouvelles dans le cadre de surveillance continue”, afin de contribuer à l'optimisation et la uniformisation des critères pour la transmission de mauvaises nouvelles.

Le but principal de ce rapport est d'analyser et de comprendre les connaissances des professionnels dans une équipe de soins continus de briser les mauvaises nouvelles pour obtenir des lignes directrices pour le développement de mauvaises nouvelles compétences de communication par des professionnels la santé, et aussi de contribuer à une conduite humaine par ces mêmes professionnels.

Ce travail a été développé dans le cadre du Master of Continuing Care entre Mars et Juin 2015 et est présenté en deux parties. La première partie concerne le cadre pratique, qui décrit notre scène curricular- Soins continus Unité Murça à 3 dans la période de Mars à Mai 8, 2015 (240 heures) .Le deuxième partie est destinée à la description de la étude empirique. La méthode de recherche utilisée dans cette étude a suivi le paradigme quantitatif. Le type d'étude est une étude de cas, descriptive et observationnelle, un plan transversal.

Participé à cette étude, un total de 32 professionnels de la santé (n = 32) de l'unité de Murça de soins continus, dont 6 médecins (un physiatre, un chirurgien généraliste, deux internistes, 1 pneumologue et un chirurgien orthopédique), 19 infirmières (un des qui est directeur technique), 3 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, un ergothérapeute, un travailleur social et un psychologue clinicien.

En ce qui concerne le questionnaire préparé pour nous, cela a été construit en utilisant la revue de la littérature réalisée. Il se compose d'une première partie de l'information socio-démographique et une seconde partie (échelle ordinale de Likert) pour des raisons de réponse fermée.

La revue de la littérature réalisée et le questionnaire permettent l'identification des facteurs qui influencent le processus de mauvaises nouvelles, par les professionnels de santé. Parmi les résultats, il est révélé que 59% des professionnels de la santé pensent que les patients ont le droit d'être informé du contenu de la mauvaise nouvelles, tandis que les 41% estiment que ne pas le faire peut réduire l'impact négatif sur l'état physiques et émotionnels des patients. Lorsqu'ils sont confrontés à leur pratique, ils présentent des difficultés pour informer le patient sur le contenu de la mauvaise nouvelle. Les principales raisons invoquées par les professionnels de la santé ont montré que la plus grande difficulté est de «traiter avec les émotions du patient" (M = 3.93, SD = 1,25) et plus facile “trouver du temps pour informer” (M = 2.17, SD = 01:44) .

Il convient de noter la formation continue des professionnels de la santé à communiquer de mauvaises nouvelles, puisque la formation est une stratégie clé pour le développement des compétences dans ce domaine (selon les résultats obtenus, plus de la moitié de l'équipe était la formation pour l'information de mauvaises nouvelles pendant les études, 56%, mais seulement 31% ont continué à faire ce genre de formation).

Mots-clés: les mauvaises nouvelles; communication; les soins palliatifs; pointes protocole et des relations de soutien.

Siglas

ARS- Administração Regional de Saúde
A.S- Assistente Social
B.I- Bilhete de Identidade
CI- Consentimento Informado
Cit.- Citado
CODU- Centro de Orientação a Doentes Urgentes
DI- Documento Informativo
DP- Desvio Padrão
ECL- Equipa Coordenadora Local
Ed.- Editor
ECR- Equipa Coordenadora Regional
INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica
IP.- Impresso
IPO- Instituto Português de Oncologia
IRD- Instrumento de Recolha de Dados
M- Média
NISS- Número de Identificação da Segurança Social
MMS-Minimal Mental State
MS- Ministério da Saúde
MTSS- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
Nº. - Número
OMS- Organisation Mondiale de la Santé
P.- Página
PII- Plano Individual de Intervenção
PIU- Plano Individual do Utente
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCM- Santa Casa da Misericórdia
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SU- Serviço de Urgência
SUCH- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
SPSS- Statistical Package for the Social Sciences
TA- Termo de Aceitação

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCCIM- Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
Parte I – Relatório de Estágio	6
1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	6
2. Papel do Assistente Social na UCCI.....	9
3. Descrição do contexto de estágio: Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça	16
4. Atividades desenvolvidas	26
5. Reflexão do Percurso de Estágio: integração e dificuldades sentidas	31
Parte II – Estudo Empírico: Transmissão de Más Notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados	34
Capítulo 1 – Enquadramento teórico	35
1.1. Processo Comunicacional.....	35
1.2. Transmissão de Más Notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados.....	40
1.3. Bioética na saúde.....	50
1.4. Papel da equipa multidisciplinar	54
1.5. Formação na área da comunicação de más notícias	56
1.6. Descrição das evidências.....	59
Capítulo 2 - Metodologia.....	64
2.1. Justificação da Relevância do Estudo	64
2.2. Questão de partida e Objetivos.....	64
2.4. Tipo de estudo	65
2.5. População	66
2.6. Instrumento de Colheita de Dados	66
2.7. Considerações éticas.....	67
2.8. Tratamento estatístico.....	68

2.9. Apresentação, análise e discussão dos resultados	68
Conclusão	82
Referências Bibliográficas.....	87
ANEXOS	98

Anexo 1 – Pedido de autorização para a aplicação dos questionários aos profissionais de saúde

Anexo 2 – Autorização para aplicação dos questionários

Anexo 3 – Questionário Aplicado aos Profissionais de Saúde

Anexo 4 – Protocolo por nós Elaborado

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Resposta dos inquiridos à questão nº1 do questionário.....	69
Gráfico 2 – Resposta dos inqueridos à questão nº 2 do questionário	70
Gráfico 3 – Respostas dos inquiridos à questão nº 4.....	71
Gráfico 4 – Resposta dos inquiridos à questão nº 20 do questionário.....	71
Gráfico 5 – Respostas dos inquiridos à questão 16 do questionário	72
Gráfico 6 – Resposta dos inquiridos à questão nº 17 do questionário.....	72
Gráfico 7 – Processo de comunicação de má notícia	77
Gráfico 8 – Conforto perante expressão do doente	78

Índice de Quadros

Quadro 1 – Protocolo Spikes.....	46
Quadro 2 – Vantagens das estratégias para o ensino de comunicação de más notícias para futuros profissionais de saúde.....	57
Quadro 3 – Critérios do estudo de Inclusão e Exclusão dos artigos de investigação Erro! Marcador não definido.	
Quadro 4 – Análise resumida do artigo 1	Erro! Marcador não definido.
Quadro 5 – Análise resumida do artigo 2	Erro! Marcador não definido.
Quadro 6 – Análise resumida do artigo 3	Erro! Marcador não definido.
Quadro 7 – Análise resumida do artigo 4.....	Erro! Marcador não definido.
Quadro 8 – Análise resumida do artigo 5	Erro! Marcador não definido.
Quadro 9 – Análise resumida do artigo 6.....	Erro! Marcador não definido.
Quadro 10 – Análise resumida do artigo 7	Erro! Marcador não definido.
Quadro 11 – Análise resumida do artigo 8	Erro! Marcador não definido.
Quadro 12 – Respostas dos inquiridos às questões sobre a transmissão de más notícias	76

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caraterização da amostra.....	68
Tabela 2: Dificuldades no processo de comunicação de más notícias apontadas pelos inquiridos.....	79
Tabela 3: Resposta dos inquiridos à questão nº 18.....	80
Tabela 4: Opinião dos inquiridos acerca do uso de protocolos de comunicação de más notícias.....	80

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos trinta anos, as problemáticas suscitadas pelo processo do envelhecimento assumiram contornos de um problema social: por um lado o desenvolvimento científico, possibilitando o aumento da esperança média de vida; por outro lado, as conjunturas económico-sociais e culturais promotoras de um envelhecimento demográfico e a questões de ordem financeira.

Neste contexto a família representa um pilar fundamental no apoio ao doente com necessidades acrescidas, nomeadamente na fase da doença crónica, avançada, incurável e progressiva. O momento de crise que o sofrimento em cuidados continuados e paliativos representa atinge tanto o doente como aqueles que com ele convivem.

O recurso a serviços de saúde é uma situação bastante frequente para estes doentes, como as doenças são crónicas, a opção faz-se por uma unidade de cuidados continuados integrados de saúde.

Segundo o Artigo 3º do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, os cuidados continuados integrados têm por base a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, num processo permanente e dinâmico, com vista a fomentar a autonomia e funcionalidade às pessoas que por variadas razões se encontrem em situação de dependência, «através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho). Para além disto, os cuidados continuados compreendem ainda a «provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis» (Santos, 2007).

Os cuidados continuados integrados “são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Portal da saúde, 2015)

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Misericórdia de Murça integra a RNCCI, nas seguintes tipologias: Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção, descanso do cuidador e utentes paliativos.

A nossa escolha por esta Unidade para realizar o estágio prende-se pelo contato direto com contextos de cuidados continuados integrados, pelo aspeto de proximidade geográfica com a nossa residência e também pelo facto de durante a nossa licenciatura

em Serviço Social, termos realizar nesta mesma instituição o nosso estágio curricular. Estágio esse que se mostrou muito enriquecedor e com o qual também criamos laços de amizade.

Comunicar eficazmente, principalmente, uma má notícia (‘‘ toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa da pessoa e na perspetiva do futuro’’ Buckman,1992,p.11) é, das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, não só pela gravidade da situação, mas também pelo debate que ainda existe em torno de quem, como, quando e o que comunicar ao doente e sua família. Constitui-se também um desafio pois implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre os técnicos, doente e família (Gask,2000 citado em Barbosa & Neto,2010,p.462). Essas perícias incluem ouvir, observar, tomar consciência dos nossos próprios sentimentos.

Todos os doentes esperam que o profissional seja honesto, humano e solidário, mas simultaneamente bom profissional (Sancho, 2000). ‘‘ A comunicação, mais do que uma ferramenta terapêutica, é uma atitude profissional promotora da autonomia, do consentimento informado e da confiança mútua’’. (Costa, 2004, pp.56-62)

Quando se trata de transmitir uma má notícia é fundamental que a comunicação se desenvolva com base nas necessidades do doente, das suas preocupações e expectativas. O direito à verdade é um direito fundamental do doente e é a expressão do respeito que se lhe deve, contudo a verdade deve ser adequada à capacidade que o doente tem de a interiorizar e incorporar na sua experiência de vida.

A comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia. Quando comunicamos com o meio que nos rodeia, procuramos dar significado aos estímulos e aos sinais que dele provêm e que nos afetam. Por exemplo, enquanto profissionais de saúde, temos que perceber as significações que um doente e sua família dão à doença e só depois podemos intervir adequadamente.

Comunicar é um ato fundamental na vida humana, não podemos não comunicar visto que estamos sempre em interação com alguma coisa ou com alguém. É através deste processo interativo que as pessoas estabelecem relações interpessoais umas com as outras. Neste sentido, podemos considerar a comunicação como um processo que permite transmitir a informação e compreensão de uma pessoa para a outra. Se não houver esta compreensão, não ocorre comunicação. Se uma pessoa transmitir uma

mensagem e esta não for compreendida pela outra pessoa, a comunicação não se efetivou.

Este intercâmbio de informação dinâmico e multidireccional faz-se através dos diferentes canais sensório-percetuais que permitem ultrapassar as informações, muitas vezes, transmitidas pela palavra. Assim, para entender com qualidade todas as dimensões de um doente é necessário que os profissionais sejam capazes de se comunicar de forma eficaz (Barbosa & Neto, 2010,p.462).

Estabelecer relações interpessoais faz parte do dia-a-dia dos profissionais de saúde numa UCCI. Neste contexto, é necessário os profissionais serem conhecedores em relações humanas, sendo a comunicação o instrumento essencial para a prestação de cuidados de saúde (Surribas et al.,1994).Independentemente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais de saúde têm como base do seu trabalho as relações humanas e, por isso, precisam aprimorar as suas habilidades de comunicação. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e outros especialistas que trabalham com seres humanos em situação de doença e sofrimento, necessitam de saber não apenas o quê, mas quando e como falar. Precisam até mesmo de saber o momento de silêncio, substituindo a frase por um toque afetivo ou potencializar o efeito de um ansiolítico (Rodrigues & Simões, 2010, p.486).

Assim, a comunicação constitui-se como uma arma muito poderosa no que se refere à ajuda necessária, à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação das mudanças que ocorrem.

Todos nós, profissionais de saúde, devíamos ser possuidores de boas competências interpessoais e comunicacionais, assim como ter uma visão mais abrangente do cuidar, em que privilegie as dimensões sociais e psicológicas da doença e não apenas o ato de tratar, uma vez que a prestação de cuidados mais adequados e humanos depende disso.

Na prestação de cuidados, o profissional de saúde tem de ter sempre em foco o princípio de que cada doente é único, tem o seu contexto cultural, social, espiritual e as suas vivências pessoais. Logo, o modelo de comunicação tem de ir ao encontro da individualidade de cada um e das suas necessidades, pois a comunicação é a chave para atender com dignidade todas as dimensões do doente.

A comunicação é uma arma terapêutica essencial que permite o acesso ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua, à

informação que doente e a sua família necessitam para serem ajudados e ajudarem-se a si próprios (Pereira, 2005, p.33).

A nossa população aumentou o seu grau de exigência no atendimento em saúde e passou a procurar mais transparência e qualidade no relacionamento profissional de saúde/ doentes/família. Visto isto, torna-se necessário o desenvolvimento de comportamentos comunicacionais para o estabelecimento de relações interpessoais com qualidade e eficácia, quer durante o percurso académico, quer através dos contextos reais de trabalho.

Nesta conformidade, pareceu-nos importante e justificável procedermos ao estudo da comunicação de más notícias em contexto de cuidados continuados integrados, uma vez que é uma área pertinente para ser estudada e aprofundada, devido à dificuldade que os profissionais de saúde têm na sua transmissão e também pela sua complexidade, de modo a podermos retirar contributos para a prática dos profissionais de saúde e para a formação dos mesmos, modificando e melhorando o processo de comunicação de más notícias nos cuidados de saúde.

Como afirma Pereira (2005,p.34) “ a comunicação de más notícias em saúde, contínua a ser uma área de grande dificuldade, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais profissional de saúde/doente/família “.Reflectirmos sobre esta realidade conduziu-nos à questão central que orientou o presente estudo: **Que estratégias utilizam os profissionais de saúde na comunicação das más notícias?**

Este relatório tem como principal finalidade analisar e compreender os conhecimentos dos profissionais de uma equipa de Cuidados Continuados Integrados acerca da transmissão de más notícias, de modo a obtermos linhas orientadoras, para o desenvolvimento de competências de comunicação de más notícias, por parte dos profissionais de saúde, e também, para contribuir para uma conduta humanizada por parte destes mesmos profissionais.

Tendo em conta os aspetos anteriormente mencionados, pretendeu-se também com a elaboração deste relatório:

- Justificar a opção pelo local de estágio;
- Caraterizar sumariamente o local do estágio;
- Analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio;
- Fundamentar as competências desenvolvidas ao longo do estágio;

- Transmitir as dificuldades sentidas;
- Salientar o papel do Assistente Social na Unidade de Cuidados Continuados Integrados, especificamente na UCCI de Murça;
- Sistematizar estratégias para a transmissão de más notícias por parte dos profissionais de saúde;
- Possibilitar a sua continuidade para outros profissionais que pretendam aprofundar ou desenvolver esta temática;
- Elaborar um protocolo de transmissão de más notícias, baseado na revisão da literatura e aplicado aos Cuidados Continuados.

Os objetivos referidos foram atingidos com sucesso tornando-se este estágio um motor da nossa aprendizagem que nos permite desenvolver a nossa atividade profissional num contexto idêntico.

O presente trabalho, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados entre Março e Junho de 2015, é apresentado em duas partes. A primeira parte descreve num primeiro momento a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, seguidamente procedemos à descrição do papel do Assistente Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, especificamente na UCCI de Murça, posteriormente descrevemos o contexto de estágio- Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça e as atividades por nós desenvolvidas no período de 3 de Março a 8 de Maio de 2015, e ainda elaboramos uma breve reflexão do percurso de estágio (integração e dificuldades sentidas).

Numa segunda parte, parte empírica, destina-se à fundamentação do desenho do estudo, objetivos, apresentam-se os dados obtidos após a recolha dos mesmos, e relativos ao processo de comunicação de más notícias e ainda uma discussão dos mesmos.

São ainda abordados os aspetos teóricos que fundamentam e apoiam o estudo empírico e que decorrem da revisão da literatura que efetuamos.

Por fim, apresenta-se a respetiva conclusão.

Parte I – Relatório de Estágio

Nesta primeira parte apresentamos uma breve descrição da Rede Nacional de Cuidados Continuados, do papel do Assistente Social na Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Passamos também a descrever o contexto do nosso estágio-UCCI de Murça, designadamente as atividades desenvolvidas durante o estágio. Para finalizar esta primeira parte, terminamos com uma reflexão sobre o percurso de estágio: integração e dificuldades sentidas

1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Os cuidados continuados em Portugal vêm preencher uma lacuna no Sistema Nacional de Saúde, no que se refere às respostas existentes ao nível das situações de dependência funcional, doenças crónicas, doenças incuráveis em estado avançado ou terminal, entre outras, com que a população se depara. Neste sentido e segundo o Artigo 3º do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, os cuidados continuados integrados têm por base a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, num processo permanente e dinâmico, com vista a fomentar a autonomia e funcionalidade às pessoas que por variadas razões se encontrem em situação de dependência, «através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho). Para além disto, os cuidados continuados compreendem ainda a «provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis» (Santos, 2007).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, resultante de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) e da Saúde (MS) e vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social. A Rede tem em vista a prestação de cuidados continuados e de amparo social a pessoas em situação de dependência, podendo estes cuidados ser prestados no domicílio ou em infra-estruturas criadas para o efeito. Assim sendo, os cuidados prestados terão por base as características de cada utente, olhando para as suas necessidades e criando um plano individual de intervenção, assente não só nas características aliadas à saúde mas também às necessidades humanas (Campos, 2006 citado em Santos, 2007).

Nos cuidados continuados a prestação dos mesmos funciona como um processo de inclusão social, uma vez que têm direito a estes cuidados todas as pessoas que deles

necessitem, independentemente da idade, raça ou situação económica de cada uma (Quintela, 2006.pp, 4-5). O objetivo é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida (RNCCI,2010).

A diferenciação e a personalização dos cuidados prestados constituem duas das principais características da RNCCI.

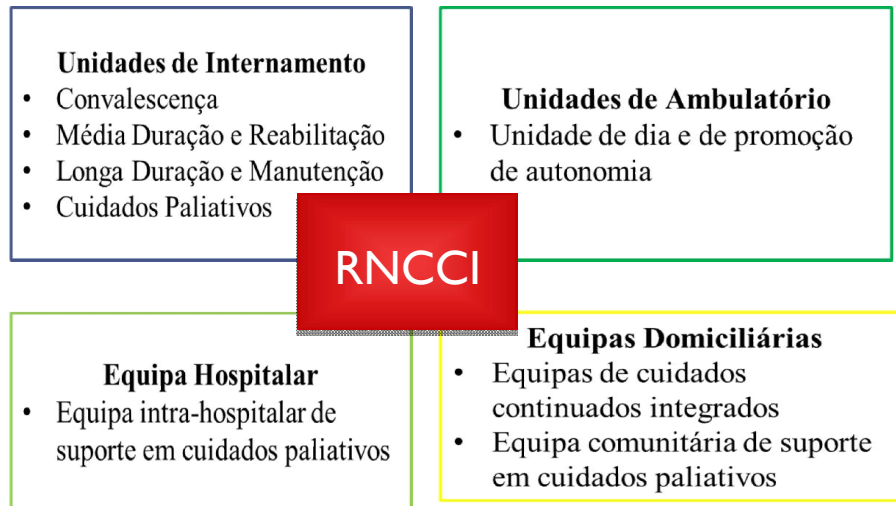
Os cuidados continuados integrados *''são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.''*(Portal da saúde, 2015)

A Rede possui diversos objetivos (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho) que se prendem com:

- ✓ Benefícios ao nível da qualidade de vida, através da prestação de cuidados de saúde básicos, assim como, de apoio social;
- ✓ A permanência, sempre que possível, dos utentes que já estão dependentes ou que correm o risco de ficar, no seu domicílio, sendo-lhes prestados os cuidados de saúde e sociais de que necessitam;
- ✓ O apoio, acompanhamento e internamento adequados à situação em causa;
- ✓ A evolução dos cuidados prestados, tendo sempre como meta o seu aperfeiçoamento;
- ✓ O auxílio à família e/ou aos prestadores de cuidados informais, no que se refere à sua qualificação e à prestação de cuidados;
- ✓ A constituição de uma rede que agregue setores e serviços distintos tendo em conta as diferentes necessidades da população-alvo;
- ✓ O preenchimento de falhas do Sistema Nacional de Saúde no que se refere à prestação de cuidados continuados integrados e paliativos.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados garante o cumprimento dos seus objetivos através de um conjunto de unidades e equipas prestadoras de serviços de saúde e de apoio social. Cada unidade e equipa tem determinadas especificidades e funções a desempenhar, segundo as necessidades dos utentes

admitidos na Rede. Ou seja, a RNCCI é constituída por unidades de internamento e de ambulatório e por equipas hospitalares e domiciliárias (Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2014). Neste sentido, pode-se observar e clarificar melhor as tipologias de resposta da RNCCI no esquema seguinte:



Segundo o artigo 33º do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados destina-se a indivíduos que se encontrem em qualquer uma das seguintes situações:

- ✓ Dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, etc.)
- ✓ Dependência funcional prolongada;
- ✓ Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- ✓ Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- ✓ Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Assim, segundo o Ministério da Saúde (2010) a RNCCI facilita o estabelecimento de intervenções e habilidades adequadas para um novo espaço de cuidados, dando uma resposta coerente e integrada aos doentes que se encontrem nas situações acima referidas.

2. Papel do Assistente Social na UCCI

As origens do serviço social radicam em ideais humanitários e democráticos. A prática do serviço social centra-se na satisfação das necessidades humanas e no desenvolvimento dos recursos humanos (Direitos humanos e serviço social: manual para escolas e profissionais de serviço social,1999).

Os Assistentes Sociais dedicam-se ao trabalho em prol do bem-estar e da realização pessoal dos seres humanos, ao desenvolvimento e utilização disciplinada do conhecimento científico relativo ao comportamento das pessoas e sociedades, ao desenvolvimento de recursos destinados a satisfazer necessidades e aspirações individuais, coletivas, nacionais e internacionais e à realização da justiça social. Estes profissionais participam em equipas que desenvolvem ações de planeamento, orçamentação, execução, avaliação e alteração das políticas e serviços sociais de carácter preventivo destinado a diferentes grupos e comunidades. Intervêm em múltiplos sectores funcionais, utilizando várias abordagens metodológicas e prestando serviços sociais a vários setores da população a nível micro, meso e macro (Louro & Seixo,2015).

A intervenção dos assistentes sociais tem como objetivo central promover o desenvolvimento de capacidades e competências sociais coletivas ou individuais a nível cognitivo, relacional e organizativo. Neste sentido, os assistentes sociais desempenham as seguintes funções: identificam as necessidades do indivíduo, família ou grupo, ou seja, elaboram um diagnóstico da situação; reúnem informações capazes de dar resposta às necessidades dos indivíduos e grupos, aconselhando-os sobre os seus direitos e deveres; atendem os indivíduos no âmbito de um determinado organismo ou instituição, encaminhando-os para as várias entidades públicas ou privadas que podem ajudá-los na resolução dos seus problemas; incentivam os indivíduos, famílias ou grupos a resolverem os seus problemas através dos seus próprios meios, promovendo, assim, uma atitude de autonomia e participação e, por fim, colaboram na definição e avaliação das políticas sociais (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2005.p,2).

No que respeita ao papel do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e de acordo com o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (Direção Geral de Saúde, 2006), a missão essencial dos Assistentes Sociais é a de enfatizar a relevância e a centralidade dos fatores psicossociais, enquanto determinantes ou favorecedores do tratamento, da

reabilitação, da readaptação e da reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais que mais se lhes adequam e favorecem o desenvolvimento de todas as suas potencialidades.

A intervenção dos Assistentes Sociais nos serviços de internamento centra-se na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, por isso visa, essencialmente, a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos utentes e famílias e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios a cada unidade de internamento (Ética e Deontologia do Serviço Social, 2006).

- ❖ O desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao utente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao utente e família, onde se inscreve o planeamento da alta. Este é o processo realizado com o utente e/ou familiar cuidador para verificar e decidir o que é necessário para uma transferência segura e serena do utente de um nível de cuidados para outro (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI, 2006.p,9).

Toda a função do A.S numa UCCI é regida pelo Manual supra citado, tendo em conta que a base de trabalho é sempre o utente, a família e o meio em que este está integrado (rede de suporte formal e informal, cultura, opção religiosa, crenças e valores).

Mais especificamente, o Assistente Social de uma UCCI trabalha diretamente em quatro momentos metodológicos durante o internamento dos utentes, são eles **o acolhimento do utente/ família na Unidade, a elaboração do plano individual de cuidados (PII), o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados**. Todos estes momentos implicam contato com o utente / família, permitindo à TSSS desenvolver competências comunicacionais e de relacionamento com os utentes/ familiares.

❖ **Acolhimento**

Este momento acontece aquando da entrada do utente na Unidade e na qual a A.S intervém (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI, 2006).

Junto do utente e/família:

- Suporte emocional face à identificação e interpretação do utente e família de perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para superação das mesmas;
- Apoio à integração do utente /família na Unidade, prestando informações (direitos e deveres do utente; funcionamento da Unidade);
- Gestão de expetativas quanto ao tempo de internamento; aos benefícios disponíveis; às condições de vida após o internamento tendo em vista a preparação da alta;
- Apoio à adaptação da nova situação de doença e/ou dependência do utente, disponibilizando informação sobre direitos sociais, tais como: subsídios na doença; isenções; acompanhamentos; entre outros.
- Recolha de informação pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados (condições de habitabilidade, núcleo familiar, etc).

No gabinete de trabalho:

- Análise preliminar da situação, incluindo, por exemplo, a identificação de fatores de risco;
- Recolha de referências junto de todos os outros elementos da equipa ou da rede de apoio.

❖ **Plano Individual de Intervenção (PII)**

O Plano Individual de Intervenção integra o Processo Individual do Utente (PIU) e contempla um conjunto de objetivos a atingir face ao diagnóstico de necessidades realizado ao utente, bem como ações/intervenções a desenvolver para atingir e a periodicidade prevista para a avaliação dos resultados alcançados e eventual revisão do plano estabelecido, envolvendo e promovendo a participação do utente e seus familiares neste processo.

O procedimento da elaboração do PII é efetuado pela A.S da UCCI de Murça, bem como por toda a restante equipa multidisciplinar, é aplicado a todos os utentes internados (Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDMD)), não existindo discriminação pela falta de pagamento ou por outro motivo qualquer.

O PII é elaborado nas primeiras 24 horas de forma a garantir a consistência da prestação de cuidados de acordo com a situação do utente.

A assistente Social e os restantes profissionais de saúde, para a elaboração do PII, recolhem todas as informações relevantes que permitam um melhor conhecimento global do utente: dados clínicos, funcionais, cognitivos, afetivos e sociais, severidade da situação, causas e efeitos associados, limitações e potencialidades, expectativas, necessidades específicas e preferências do utente e família.

Os PII são reavaliados regularmente (quinzenalmente na UMDR e mensalmente na ULDM), de forma a garantir uma avaliação da resposta do utente aos serviços prestados, bem como a existência de novas necessidades que possam surgir ao longo do internamento (Diretiva Técnica nº5 da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados).

Na UCCI de Murça, existe um documento informativo DI007- Considerações Diagnósticas- Planos de Intervenção, que serve como linha orientadora na formulação dos principais diagnósticos para cada área profissional.

Em todas as reuniões de acolhimento, o utente e família têm acesso ao primeiro PII elaborado por toda a equipa multidisciplinar da UCCI de Murça. Neste primeiro contato com o PII, ficam com uma visão global dos problemas detetados, intervenções implementadas, bem como podem discutir assuntos que considerem pertinentes, ajudando assim no internamento e recuperação do utente. Uma cópia do PII é fornecida à família e se possível ao utente, caso este reúna capacidades de interpretação do mesmo.

❖ **Acompanhamento Psicossocial**

“(...) Muitos doentes aceitam adaptar-se à doença, no entanto outros apresentam algumas dificuldades de adaptação à mesma, o que pode originar situações de depressão e/ou ansiedade. Os sintomas de choque, desespero, dificuldade de concentração, culpa. Tristeza, fadiga, perda de apetite, dificuldade em dormir ou até mesmo perturbações a nível da vida sexual, surgem muitas vezes nestes doentes ” (Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D., 2009:9).

Cada doente lida com a sua doença de maneira diferente, sendo que, muitos deles preferem sofrer de forma individual e que ninguém saiba do seu diagnóstico. Esta forma de gerir as emoções pode levar a um aumento da ansiedade e/ou depressão

porque não há uma exteriorização daquilo que se sente. Já os doentes que aceitam e procuram apoio psicossocial conseguem manter uma autoestima elevada e conseguem adaptar-se melhor à situação de doença (Idem).

Tendo em conta que muitos doentes apresentam dificuldades em aceitar o seu diagnóstico, a presença de um Assistente Social, é necessária para que o doente aceite favoravelmente a sua nova condição de “vida”. Durante os períodos de tratamento, o Assistente Social atua na procura de qualidade de vida, trabalhando as questões de sofrimento, diminuindo a ansiedade e depressão, auxiliando o doente na sua adesão aos diferentes tratamentos e a aprender a lidar com os efeitos colaterais destes no seu quotidiano (Melo, A., Válero, F., & Menezes, M.,2013.pp, 461-462).

No que respeita à prestação de apoio psicossocial ao utente e sua família no processo de tratamento e reabilitação, bem como da posterior readaptação ao meio e reinserção social este é regido de acordo com o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (Direção Geral de Saúde, 2006.pp,12-13). O A.S atua aos seguintes níveis:

- Suporte emocional ao doente e família, permitindo /facilitando a expressão de sentimentos e receios suscitados pela doença, tratamento e as suas consequências;
- Suporte ao utente e família, ajudando a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento nos diversos níveis da vida do utente;
- Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/ aprendizagem, tanto do utente como da família, tendo em conta a continuidade dos cuidados;
- Suporte ao doente e família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na prevenção da exclusão do utente do seu sistema familiar;
- Informação, orientação e capacitação dos utentes e familiares no âmbito da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;
- Capacitação do utente e família para uma gestão mais eficaz da doença;
- Exercício de advocacia em favor do utente e família relativamente ao acesso a prestações sociais e serviços;

- Incentivo à reinserção profissional ou escolar do utente, assim como o incentivo à sua participação em atividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde;
- Orientação dos utentes e familiares para serviços especializados;
- Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado.

Durante a prestação do apoio psicossocial é necessário o A.S manter contato direto e próximo de toda a equipa multidisciplinar que é responsável pelo doente, para assim conseguir obter toda a informação necessária sobre o mesmo e a sua família, tendo em conta diversas perspetivas profissionais.

“A principal modalidade adotada na UCCI é garantir o acompanhamento psicossocial do utente e família. Tendo sempre que possível criar uma relação de empatia tanto com o próprio utente como com a família deste, considerando sempre esta última como elemento fundamental de todo o processo de internamento e reabilitação. A articulação com a equipa multidisciplinar de forma eficiente é também essencial para que estes consigam integrar a família como elemento que faz parte do processo de reabilitação do utente” (A.S da UCCI de Murça, Patrícia Santos, 2015).

O acompanhamento psicossocial ao utente e família inicia-se desde a admissão dos mesmos na Unidade até ao momento da alta e é efetuado diariamente através de atendimentos aos familiares e aos utentes com objetivo de identificar potencialidades e limitações para a prestação de cuidados, identificação de possíveis cuidadores para o após alta.

É importante ainda referir que este acompanhamento deve contemplar a articulação entre os serviços internos e externos da unidade de forma a garantir o sucesso da transição do doente da unidade de internamento para outro tipo de unidade ou equipa, ou ainda para o domicílio.

❖ **Planeamento da alta e continuidade dos cuidados**

Na prestação de cuidados é também função do Assistente Social avaliar as necessidades práticas e emocionais, analisando o comportamento da família, as metodologias comunicacionais, o seu método de organização e analisar como são expressos os sentimentos. O conhecimento da rede social pessoal é de extrema importância, na revelação das potencialidades e dos recursos de apoio da família e do

cuidador informal. É necessário avaliar a existência ou não de familiares ou outra pessoa com competências para ser cuidador.

A preparação da continuidade dos cuidados exige um planeamento estruturado entre a equipa multidisciplinar da unidade de internamento, a família ou outro prestador de cuidados e o próprio doente.

É importante o A.S preparar a alta com antecedência, “ (...) pois uma alta mal planeada, baseada em falsas suposições ou incompletas informações, não resultará eficaz” (Pinto, 2006).

No planeamento da alta é necessário também identificar recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais e de vizinhança) para uma prestação de cuidados necessários ao utente.

Na UCCI de Murça é aplicado um questionário de avaliação de satisfação que contempla a satisfação relativamente aos cuidados prestados. Na preparação da alta tem-se sempre em conta a opinião do utente relativamente aquilo que é a sua vontade, sendo esta vinculativa. Isto significa que mesmo que a equipa não concorde com a decisão do utente relativamente à alta, é a vontade do próprio que se cumpre. Claro está que isto só se aplica aos utentes que estão com as suas capacidades cognitivas inalteradas (orientados). Caso contrário cabe à equipa e família (se existir) a decisão relativamente à resposta social para o pós alta e conseqüentemente à necessidade de cuidados

Em suma, o trabalho do A.S nas UCCI baseia-se essencialmente nestes quatro momentos descritos anteriormente, e são regidos segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI, não se distanciando muito daquilo que são as funções do A.S nos hospitais ou em outros estabelecimentos de saúde.

Importa ainda referir que a A.S na UCCI integra uma equipa multidisciplinar, o que lhe permite uma troca de experiências e de diversos conhecimentos, que ao complementarem-se vão possibilitar a averiguação dos elementos implicados na situação de doença do utente, dos problemas que daí podem advir assim como os meios que permitam diminuir ou ultrapassar esses mesmos problemas /obstáculos. É necessário a equipa multidisciplinar trabalhar de forma integrada e coordenada, possibilitando assim a compreensão do utente como um todo, tendo sempre em conta as suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

A articulação entre a equipa multidisciplinar, especificamente na UCCI de Murça, é formalmente efetuada através de reuniões bissemanais, nas quais são

discutidas as intervenções de cada grupo de profissionais relativamente a cada utente (é neste momento que a articulação funciona como forma de tomada de decisão). De forma mais informal, a articulação entre todos os profissionais de saúde é diária.

A Assistente Social da UCCI faz, também uma articulação qualificada com outras entidades / instituições e o seu encaminhamento quando se trata de situações-problema merecedoras de outro tipo de acompanhamento que não seja só o realizado pelo Serviço Social na Unidade. Esta articulação acontece, *“(...) em assuntos relacionados com a preparação de alta do utente e tanto é efetuada de forma mais formal, através de carta, ofício, email, etc., como de forma mais informal por contato telefónico. A escolha da forma de articulação depende de celeridade e das exigências das próprias instalações. Regularmente a primeira articulação é efetuada por contato telefónico e posteriormente é formalizada”* (A.S da UCCI de Murça, Patrícia Santos, 2015).

Concluimos, que todo o trabalho do A.S implica um contato com o utente e família que permite ao profissional desenvolver competências comunicacionais e de relacionamento com os mesmos. Cabe ao A.S, garantir dentro das regras institucionais, o envolvimento do utente e família na tomada de decisões durante o internamento, bem como na preparação da alta, assegurando que as decisões são tomadas de forma consciente e informada.

3. Descrição do contexto de estágio: Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Murça surgiu no ano de 2007, sendo esta um estabelecimento do setor social integrado na Rede Nacional de Cuidados Integrados que presta cuidados de saúde, e de apoio social a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente.

Trata-se de uma Instituição Particular sem fins lucrativos (IPSS). A responsabilidade pela gestão da Unidade é da Mesa Administrativa da Sta. Casa e da Diretora Técnica da Unidade (neste caso, uma enfermeira).

A UCCIM situa-se em Murça, na Rua Marquês de Valle- Flor s/n, 5090-138.

- **Origem e referenciação dos utentes**

A origem dos utentes internados nesta Unidade é diversa, não obstante, para esta Unidade são referenciados maioritariamente, utentes de concelhos limítrofes ao concelho de Murça, na grande maioria referenciados pelos Hospitais de Vila Real, Chaves, Régua, Mirandela e Bragança. Recebe ainda alguns referenciados pelos Centros de saúde, mas em menor número. Têm situações de utentes afastados da área de residência, como do grande Porto e Lisboa, embora em casos excepcionais.

A UCCIM recebe, preferencialmente, pessoas residentes no distrito de Vila Real e referenciadas pelas Equipas Coordenadoras Locais de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI- Ministério da Saúde, 2010), com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio – regime de internamento de Longa Duração e Manutenção; ou pessoas que necessitem de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação do processo patológico crónico, originando perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e em que não seja possível a prestação de cuidados de saúde no domicílio, mas que não justifiquem o internamento em hospital de agudos ou em unidade de convalescença – regime de internamento de Média Duração e Reabilitação.

Os utentes são admitidos mediante referenciação, feita pela Equipa de Gestão de Alta Hospitalar (EGA) e pelas Equipas de Coordenação Local (ECL), e admitidos na Unidade normalmente pela Assistente Social e Enfermeiro de serviço. No processo de admissão é efetuada uma avaliação inicial do utente. Se no âmbito da mesma ou em avaliações posteriores houver indícios de maus-tratos, abuso ou negligência, a Diretora Técnica da Unidade comunica a situação às autoridades competentes, pela via e processos previamente definidos (Regulamento Interno da UCCIM).

Se os profissionais da Unidade de Cuidados Integrados concluírem que o utente não está correctamente referenciado, o Diretor Clínico / Diretor Técnico deve notificar a Equipa de Coordenação Local (ECL), através de envio de email, para que esta proceda a reavaliação da situação e ao reencaminhamento do utente para uma instituição que responda mais adequadamente às suas necessidades, sendo que a UCCI assegura a prestação de todos os cuidados possíveis até que seja efectivado esse reencaminhamento (directiva Técnica nº 3/2009 de 21 de Setembro- Unidade de Missão Cuidados Continuados; Decreto-Lei nº 174/2014 de 10 de Setembro).

- **Idades e motivos de internamento**

A Unidade acolhe utentes a partir dos 18 anos, porém, as idades que mais prevalecem são de pessoas com mais de 65 anos, visto que cada vez há mais população idosa. É também na população idosa que surge outro tipo de doenças, nomeadamente, UP (Úlceras de Pressão), AVCs (Acidentes Vasculares Cerebrais), fraturas por quedas e perda momentânea ou total de força e capacidade de mobilidade, que deixam estes utentes totalmente dependentes de outrem. (63% AVCs; 32% Fraturas; 22%UP da Pele; 11% Problemas Osteoarticulares; 5% Problemas Respiratórios; 4% Neoplasias; 4% Problemas Neurológicos; 2% Problemas Renais (informação cedida pelo Enfermeiro-Chefe da UCCI de Murça, 2015)

Para cada utente admitido na Unidade de Cuidados Continuados Integrados é constituído um *Processo Individual do Utente* que integra 12 componentes, sendo:

1. Equipa multidisciplinar
2. Processo clínico
3. Processo de enfermagem
4. Sinais e sintomas vitais
5. Processo social
6. Dados de admissão, documentos, exames e consultas
7. Processo de reabilitação
8. Processo de psicologia
9. Processo de animação sociocultural
10. Processo de nutrição
11. Relatórios
12. Folhas de Terapêutica / Erros

O Processo Individual do Utente é único e intransmissível não podendo ser violável.

Toda a equipa multidisciplinar sempre que levanta o processo, tem de colocar o nome completo do utente, data de nascimento, data e hora da retirada, função do técnico de saúde e assinar. Posteriormente quando entrega novamente o processo tem de voltar a assinar e colocar a data e hora da entrega.

Este processo é forma de controlar onde se encontram os processos individuais dos utentes e de garantir que os mesmos são devolvidos ao local correto.

- **Admissão**

A admissão de utentes na UCCI de Murça é efetuada todos os dias, das 9 horas às 18 horas.

A admissão do utente é realizada pela Assistente Social e pelo Enfermeiro responsável pelo mesmo, definida no IP192 – Plano de trabalho de enfermagem UMDR e no IP191- Plano de trabalho de enfermagem ULDM. No caso de a A.S estar ausente, a admissão é realizada pelo enfermeiro responsável pelo mesmo.

No momento de admissão deve ser explicado o funcionamento da UCCI e aspetos específicos relacionados com o internamento do utente, seguindo a linha orientadora do IP167- Check-list de admissão, onde constam:

- Entrega do Guia de Acolhimento;
- Assinatura pelo utente / cuidador;
- Assinatura pelo utente/cuidador da autorização de utilização de dados e imagens;
- Regras gerais de funcionamento da UCCI;
- Equipa de profissionais da UCCI;
- Direitos, deveres e garantias do utente/cuidador;
- Acesso ao telefone, meios tecnológicos e outras atividades;
- Procedimento para apresentação de sugestões/reclamações;
- Procedimentos de denúncia de uma situação de abuso, maus tratos ou negligência;
- Livro de reclamações;
- Agendamento da reunião de acolhimento;
- Entrega à equipa de documentos pessoais;
- Entrega à equipa de informações relevantes para a admissão (notas de alta anteriores, etc);
- Entregue à equipa o Consentimento Informado (CI) e o Termo de Aceitação (TA) de Internamento devidamente assinado;
- Definição do cuidador principal, bem como contatos telefónicos;
- Prestar os esclarecimentos necessários e certificar-se que a informação dada foi entendida.

Nos casos de utentes com déficite nas capacidades cognitivas para receber informação e que no momento da admissão venham desacompanhados deve ser registado no Processo Individual do Utente o motivo por que a Check List de admissão não foi realizado.

Deve-se garantir a transmissão da informação necessária para accionar os serviços de alimentação, limpeza, terapêutica e preparação da unidade do utente.

A UCCIM é constituída por duas unidades:

1-Unidade de Média Duração e Reabilitação, tem por finalidade prestar cuidados de apoio social e cuidados de saúde a pessoas que necessitem de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, originando perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e em que não seja possível a prestação de cuidados de saúde no domicílio mas que não justifiquem o internamento em hospital de agudos ou em unidade de convalescença. Ou seja, para a média duração são referenciados, doentes que requeiram: cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes; reabilitação intensiva; medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; prevenção ou tratamento de úlceras; cuidados por síndromes, potencialmente recuperáveis a médio prazo, designadamente, depressão, confusão, desnutrição, eficiência e ou segurança da locomoção; programa de reabilitação funcional com duração previsível até 90 dias e Tratamento por síndrome de imobilização (artigo 20º do Decreto – Lei 174/2014, de 10 de Setembro). O internamento não será superior a 90 dias consecutivos, salvo situações excepcionais, criteriosamente avaliadas e justificadas pela unidade, do ponto de vista clínico e social, e autorizadas, pela Equipa Coordenadora Regional (ECR), mediante proposta da Equipa Coordenadora Local (ECL).

A UCCIM de Média Duração e Reabilitação assegura a prestação, dos seguintes serviços:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala;
- d) Prescrição, fornecimento e administração dos fármacos;
- e) Apoio psicossocial;

- f) Animação Sociocultural, com atividades durante a semana (dinâmica de grupo; estimulação cognitiva; terapia pela música e expressão plástica);
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer;
- i) Os demais serviços e atividades inerentes ao funcionamento da unidade.

2-Unidade de Longa Duração e Manutenção que tem por finalidade prestar cuidados de apoio social e cuidados de saúde a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio. São referenciados para a Longa Duração, doentes que requeiram: cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de saúde, por patologia aguda e ou crónica estabilizada e défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias; cuidados por patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva; medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; internamento, por apresentar algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e ou segurança da locomoção; programa de reabilitação funcional ao nível da manutenção; internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, não podendo a duração do (s) respetivo (s) internamento (Artigo 20º do Decreto – Lei 174/2014, de 10 de Setembro).

A UCCIM de Longa Duração e Manutenção assegura a prestação, dos seguintes serviços:

- a) Atividade de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados Médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio social;
- f) Controlo fisiátrico periódico;
- g) Cuidados de Fisioterapia e Terapia da Fala;
- h) Animação sociocultural;
- i) Higiene, conforto e alimentação;

- j) Apoio no desempenho nas atividades da vida diária;
- k) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

A Unidade de Média Duração e Reabilitação tem uma disponibilidade de vinte e cinco camas e a Unidade de Longa Duração e Manutenção tem uma disponibilidade de vinte camas.

Esta Unidade possui quartos quadrípolos e individuais (no caso dos quartos individuais estarem disponíveis, tem-se em atenção a necessidade de privacidade dos doentes em situação de maior dependência, com WC privadas; gabinetes médicos e de técnicos, sala de enfermagem; corredores amplos, espaços arejados e de fácil acesso, elevador, guiché reservado ao condicionamento dos processos individuais dos utentes (onde a equipa multidisciplinar reserva toda a informação do utente e da família), armazenamento de medicação e outros equipamentos, salas de convívio, tempos livres, refeições, e outros espaços para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do utente.

O equipamento da unidade está certificado qualitativamente, apresentando as normas e regras de segurança em vigor.

- **Equipa Multidisciplinar**

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça dispõe de uma equipa técnica multidisciplinar que é constituída pelos seguintes profissionais de saúde:

- 5 Médicos (estes médicos não têm horários fixos para se deslocarem á Unidade, nem estão na Unidade permanentemente. Apenas vai um deles diariamente fazer visita aos utentes, tal como previsto no decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho. A Unidade dispõe ainda de 1 Médica Fisiatra);
- 19 Enfermeiros (a equipa de enfermagem é constituída por 19 enfermeiros e encontra-se na Unidade 24horas por dia; dois enfermeiros das 8h00 às 15h00; dois enfermeiros das 15h00 às 22h00 e um enfermeiro das 22h00 às 8h00.);
- Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (3 fisioterapeutas; 1 terapeuta ocupacional e 1 terapeuta da fala. Encontram-se na Unidade de segunda- feira a sábado das 9h00 às 17h00);
- 1 Psicóloga clínica (procede ao acompanhamento dos doentes e dos familiares, caso necessitem. Encontra-se na Unidade de segunda-feira a sexta-feira das 9h00 às 17h00);
- 1 Assistente Social (segunda-feira a sexta- feira das 9h00 às 17h30);

- 1 Nutricionista/ Dietista (procede a elaboração dos planos alimentares e desloca-se à Unidade uma vez por semana);
- 2 Administrativas (segunda-feira a sexta-feira das 9h00 às 17h30).
- 26 Auxiliares de Ação Médica;
- Animadora Sociocultural (1 animadora efetiva e uma outra a realizar estágio profissional. De segunda-feira a sexta- feira, na unidade realizam-se atividades de animação. Na sua maioria estas atividades são em grupo, com o objetivo de os utentes interagirem uns com os outros e assim se conhecerem.)

- **Formação da equipa**

A nível de formação, muitos deles possuem formação académica superior à exceção dos técnicos que estão a trabalhar na área da higiene do utente que não são licenciados, tendo habilitações ao nível do ensino básico ou do secundário, contudo têm recebido formação para o trabalho que estão a desempenhar. Assim, devido à vasta gama de profissionais que integram o funcionamento desta Unidade é possível assegurar todos os cuidados de saúde.

Em conjunto, estes profissionais asseguram a prestação de cuidados 24 horas por dia, todos os dias da semana. Todos eles estão devidamente identificados (nome, função) para que facilmente se entenda quem é o interlocutor.

Com o objetivo de integrar e promover o envolvimento das famílias na condição de saúde dos seus utentes, a Unidade disponibiliza o apoio da consulta de psicologia às famílias (terças e quintas das 15:00H às 16:00H).

- **Procedimentos de Alta**

A UCCI de Murça disponibiliza, no momento da alta, ao utente ou ao seu representante legal, relatório circunstanciado dos cuidados que lhe foram prestados denominado “Nota de Alta”, em impresso que identifica o nome da unidade e localização (município, endereço, telefone) do qual constam, no mínimo, os seguintes dados: nome do utente, idade, situação profissional, situação socioeconómica, relação familiar e descrição da retaguarda familiar, motivo do internamento, data de admissão e de alta; procedimentos clínicos e psicossociais prestados; diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários de alta, avaliação social e /ou psicossocial na alta, motivo da alta, indicações de tratamento e plano terapêutico a seguir e proposta de intervenção em cuidados sociais, destino da alta, morada e por fim contato preferencial.

Este documento é elaborado pela equipa multidisciplinar da UCCI de Murça e posteriormente é enviado à Equipa Coordenadora Local (ECL) onde a informa dos motivos da alta, da situação clínica e social do utente, bem como da proposta de eventuais encaminhamentos. Após a ECL validar a alta, esta envia a informação ao médico de família e /ou médico assistente do utente.

A cópia da alta é arquivada no processo clínico do utente.

A alta da UCCIM é da exclusiva responsabilidade da Equipa Multidisciplinar da UCCIM.

A alta a pedido do utente implica o preenchimento de um impresso elaborado para esse efeito, que deve ser subscrito pelo próprio ou por quem legalmente o possa substituir.

São critérios de alta da Unidade de Média Duração e Reabilitação: obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação; necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; necessidade de resposta isolada do âmbito da saúde ou de apoio social. Já no que concerne aos critérios de alta da Unidade de Longa Duração e Manutenção são semelhantes aos da Média Duração, com transferência para outros níveis de cuidados, resposta social ou domicílio, concretização de objetivos, etc.

- **Reuniões**

Reunião de Acolhimento: a reunião de acolhimento deve ser promovida nas primeiras 48 horas de internamento. Caso se verifique indisponibilidade da família, esta será agendada posteriormente, conforme disponibilidade. Esse agendamento é feito pela Assistente Social e registado no IP164- Registo de Contatos Estabelecidos.

Aquando da reunião de acolhimento é preenchido o IP165- Reunião de Acolhimento que é validado por via da assinatura dos diferentes intervenientes (profissionais da UCCI, utente – quando participa e tem condições de assinar e cuidador informal e/ ou familiares), colocação da data e hora. Posteriormente, este registo é integrado no Processo Individual do Utente.

Na reunião de acolhimento são abordados temas como:

- Informação sobre o funcionamento da Rede (reserva de vaga em caso de agudização, transferência entre tipologias) e da UCCI;
- Informação sobre documentos a apresentar;

- Confirmação de que foram explicados ao utente /cuidador o conteúdo do TA e do CI e os termos em que decorrerá o internamento, nomeadamente prazos previstos, valor a pagar;
- Elucidação sobre o apoio do cuidador/ familiar no acompanhamento a consultas, realização de exames;
- Esclarecimento quanto à necessidade de envolvimento do cuidador/ familiares no processo de internamento do utente;
- Estimular colaboração do utente/ familiares na apresentação de sugestões e/ ou críticas que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços;
- Esclarecimento sobre a existência de formação ao cuidador e/ou familiares;
- Identificação de expetativas do utente, do cuidador e/ou familiar e da equipa multidisciplinar;
- Recolha de informações relevantes sobre o utente: contexto sociofamiliar, hábitos, preferências, rotinas;
- Esclarecimento sobre o tempo máximo de permanência previsto na UCCI;
- Informação sobre objetivos de internamento e mecanismos para os alcançar;
- Informação relevante para a reabilitação: fatores positivos e negativos que condicionam o processo;
- Alterações necessárias para o pós alta;
- Discussão do PII do utente (IP074 – Plano Individual de Intervenção), bem como fornecimento de uma cópia;
- Agendamento da Reunião de Expetativas (IP139- Reunião Geral de Expetativas).

Na impossibilidade da família não comparecer à reunião de acolhimento, é sempre registado o motivo e o agendamento de nova reunião.

Reunião de Expetativas: na UCCIM de forma a gerir as expetativas do utente/ cuidador ou seus familiares, bem como os resultados obtidos no primeiro mês de internamento, é realizada uma Reunião Geral de Expetativas.

No momento da referida reunião, é preenchido o IP139- Reunião Geral de Expetativas, que é validado por via de assinatura dos diferentes intervenientes (profissionais da UCCI, utente - quando participa e tem condições de assinar e cuidador

informal e / familiares), colocação de data e hora. Posteriormente este registo é integrado no Processo Individual do utente.

Na reunião geral de expetativas são abordados os seguintes temas:

- Expetativas do utente/ cuidador ou familiares acerca do internamento;
- Ponto de situação do utente (estado atual e resposta aos cuidados);
- Preparação da alta;
- Avaliação da eficácia do Plano Individual de Intervenção;
- Programa de ensinos;
- Agendamento da reunião de alta.

4. Atividades desenvolvidas

Passamos a descrever algumas das atividades desenvolvidas (sempre com supervisão da orientadora institucional):

Informação social no Aplicativo- GestCare

Esta atividade não necessitava de ser programada para ser desenvolvida, na medida em que para conhecer os utentes e nos inteirarmos da sua situação social e clínica, nada melhor que consultar e analisar a informação social que consta dos processos individuais de cada um.

Acolhimento do utente/família na Unidade

Durante o percurso de estágio acompanhamos a Assistente Social em todos os Acolhimentos dos utentes.

O acolhimento do utente é honrado pelo Protocolo de Admissão de Utentes na Unidade de Média e Longa Duração da Santa Casa da Misericórdia de Murça

A admissão/ acolhimento do utente processa-se da seguinte maneira:

No momento da entrada do utente e familiar (no caso de se fazer acompanhar pelo mesmo) na Unidade, estão presentes, sempre que possível, a Assistente Social, um Enfermeiro (enfermeiro este que ficará responsável pelo caso do utente) e uma Auxiliar de ação médica.

Os profissionais que realizam o acolhimento do utente demonstram sempre disponibilidade para mostrar à família, se possível ao utente, as instalações que estarão

ao seu dispor, instalações estas que têm como objetivo proporcionar ao utente uma boa integração e acolhimento.

A instalação do utente e sua acomodação no seu respetivo quarto é da inteira responsabilidade do pessoal de enfermagem e auxiliares de ação médica, que procuram realizar uma primeira avaliação de cuidados que o utente necessita.

No decorrer do processo de admissão do utente, a Assistente Social presta diversa informação, tal como a nível organizacional (Direitos e Deveres dos utentes; horário de visitas (14h00 às 20h00); funcionamento do tratamento de roupa (a Unidade não tem lavandaria própria, assim subcontratou uma empresa hospitalar de seu nome Such, que é responsável pelo tratamento da roupa dos utentes e funcionários da Instituição. Contudo, a Unidade não se responsabiliza com eventuais perdas ou danos da roupa. Assim, o utente e família são informados da não responsabilização por parte da Unidade, pelo que podem optar por levar a roupa para lavar em casa. A roupa de cada utente é toda marcada na parte interior com um marcador).

Posteriormente, a A.S procede à explicação das atividades de animação existentes na Unidade (decorrem todos os dias da semana, exceto à quarta-feira); presta informação relativamente aos profissionais que trabalham na Unidade. Informa também os familiares e o utente, que sempre que necessitem podem solicitar o apoio da psicóloga clínica.

De seguida, solicita o B.I ou Cartão de Cidadão para tirar fotocópia e colocar no Processo Individual do Utente. Solicita-se também o Cartão do Serviço Nacional de Saúde, cartão que vai permanecer na Unidade durante o internamento do utente, para a eventualidade de o mesmo precisar de se deslocar a uma consulta ou ter de se deslocar às urgências.

A A.S procede também à explicação das diligências nos casos de agudização do estado de saúde do utente. Caso o estado de saúde de um utente se agrave não podendo a situação clínica do mesmo ser tratada pelos profissionais de saúde da Unidade (as Unidades de Cuidados Continuados não dispõem de condições para tratar da fase aguda da doença), o utente é encaminhado ao serviço de urgência mais próximo (Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro de Vila Real), em transporte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) após ser contactado o Centro de Orientação a Doentes Urgentes (CODU). Ou seja, sempre que a Unidade não consiga dar resposta a determinada situação como uma agudização do estado geral de

saúde do utente, este é enviado ao serviço de urgência, a fim de ser avaliado de forma mais aprofundada através de uma equipa especializada e com recursos a equipamentos e meios de diagnóstico. Para assegurar o acompanhamento do utente ao SU, regra geral, uma auxiliar da Unidade vai a acompanhar o utente.

No acolhimento do utente/ família todo este procedimento é explicado detalhadamente, sendo que estes são ainda informados dos procedimentos de reserva de vaga. Quando um utente é encaminhado ao SU, a equipa de enfermagem da Unidade regista o ocorrido no aplicativo- GestCare, mais especificamente no separador “Agudizações /Reserva de vaga”, dando desta forma conhecimento à ECL coordenadora da Unidade e à própria ECR, do dia e do motivo de agudização. Desde a data de início da agudização, a reserva de vaga na UCCI é concedida por um período de sete dias, sendo que, caso o utente não regressar à Unidade até então, perde a vaga ao oitavo dia.

Prestadas as informações, a A.S procede ao preenchimento da Check-List (evidência escrita da realização do acolhimento ao utente/família e da prestação de informação necessária; recolha de informação).

Por fim, é entregue o Guia de Acolhimento ao utente e familiares, assim como agendada Reunião de Acolhimento.

Ultrapassados estes procedimentos, considera-se concluído o processo de admissão.

Elaboração das Fichas Sociais

Esta atividade foi uma constante ao longo do estágio, visto que elaboramos diversas fichas sociais de utentes.

As fichas sociais são elaboradas nas primeiras 48 horas (preferencialmente) da entrada do utente, onde é descrita toda a informação acerca do mesmo:

- Informação pessoal: nome, data de nascimento, idade, estado civil, morada, nº de B.I, nº SNS, NISS, data de admissão e data da alta, escolaridade, contato privilegiado e centro de saúde a que pertence.
- Se possui uma rede de suporte formal e informal ativa (ou seja se recebe algum tipo de apoio, e se sim, por parte de quem).

- São descritas as condições habitacionais (se é habitação própria; inserida em que meio; se possui barreiras arquitetónicas ou não; se tem boas condições de habitabilidade).
- É elaborado um diagnóstico social (onde se descreve de uma forma mais específica a situação do utente: idade; estado civil; escolaridade; nº de descendentes; de onde vem o utente referenciado e qual o motivo de reabilitação funcional; com quem reside; que tipo de cuidados recebe; se previamente ao internamento era autónomo; descrição detalhada no que concerne aos descendentes e ao cônjuge; situação socioeconómica e por fim qual a sua situação clínica atual – consciente, orientado no tempo e no espaço, afásico, valor do MMS, Lawton e Katz).
- Por fim elabora-se o Plano Individual de Intervenção (PII) para o utente (onde se identificam os problemas, definem-se os objetivos e quais as intervenções por parte da A.S para tentar resolver esses mesmos problemas identificados).

Quando a ficha social estiver elaborada em suporte informático, é impressa, assinada pela A.S e por fim colocada no processo individual do utente. Posteriormente, a informação é colocada no Aplicativo- GestCare da RNCCI (no aplicativo apenas se coloca a informação habitacional, o diagnóstico social e as diligências já efetuadas).

Registo de diligências

Esta atividade consistiu em anotarmos por escrito e posteriormente no Aplicativo informático-GestCare, todas as diligências efetuadas para com o utente.

Reunião de Acolhimento

Durante o percurso de estágio, participamos e exercemos mesmo o papel de A.S em diversas Reuniões de Acolhimento. Estas são as primeiras reuniões realizadas com a equipa multidisciplinar da Unidade (onde nessa mesma reunião está presente um elemento de cada categoria profissional de saúde), com o utente (se possível) e com o familiar / representante responsável pelo internamento.

Nota de Alta

Elaboramos diversas Notas de Alta durante o tempo de estágio. A alta social é elaborada 48 horas antes de o utente ter alta.

Reunião Multidisciplinar

Ao longo do período de estágio realizaram-se semanalmente reuniões multidisciplinares (terças-feiras e sextas-feiras da parte da tarde).

A A.S incumbiu nos de exercer a função de A.S e não de mera estagiária observante. Com a participação ativa nesta reunião, podemos constatar uma partilha de experiências e informações entre os profissionais de saúde, através da discussão de linhas orientadoras que permitem traçar um plano de intervenção adequado a cada utente.

É nas reuniões multidisciplinares que se decide, se algum utente necessita de prorrogação do tempo de internamento, transferência para outra resposta da RNCCI. É aqui também que cada profissional descreve a evolução da reabilitação do utente, entre outros assuntos.

Verificação dos Valores de Prestadores

As Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI, por estarem sob a tutela do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, são financiadas ao nível da saúde pela Administração Regional de Saúde e do apoio social, podendo este último ser dividido entre a comparticipação do utente e a comparticipação da segurança social.

Mensalmente, na UCCI de Murça é enviada à A.S da ECL coordenadora da Unidade (ECL Marão e Douro Norte), uma listagem com o nome e dias de internamento dos utentes da UMDR e ULDM internados durante aquele mês. A A.S da ECL, com base nos dados enviados pela Unidade, efetua um documento em Excel para cada uma das tipologias, “ Prestador Agregador”, que compila a informação financeira de cada utente. Este documento é posteriormente enviado à Unidade que confere os valores com a faturação. Após a conclusão deste processo, os Prestadores Agregadores são entregues na Segurança Social de Vila Real, juntamente com cópias das faturas dos utentes até ao dia 15 do mês seguinte a que corresponde a faturação.

Neste sentido, juntamente com a contabilista da SCM de Murça, participamos neste processo.

Advocacia Social/ Apoio psicossocial ao utente e família

No decorrer do nosso estágio, procedemos a diversos atendimentos a utente e famílias.

Pedidos de Transferência

Procedemos a este pedido com alguma frequência, essencialmente com utentes afastados da sua área de residência.

São feitos através do Aplicativo-GestCare, onde no processo do utente se solicita "pedido de transferência". Descrevemos o motivo (exemplo: família solicita transferência para a UMDR de X, por aproximação à área de residência). Para finalizar, solicita-se à ECL avaliação.

Pedido de Prolongamentos Sociais

Existem situações de âmbito social que não têm resolução possível dentro do prazo previsto de internamento numa UMDR, pelo que é possível, com base numa justificação e na evidência de registos de diligências ao longo do internamento com vista à preparação da alta, solicitar à ECL e ECR, prolongamento social.

Estes são solicitados no Aplicativo informático-GestCare, sendo necessário fazer um resumo do diagnóstico social, da situação habitacional, familiar e funcional do utente. Pedido este, que deve sempre ser efetuado e assinado pela A.S. A posteriori, a solicitação passa por avaliação por parte da ECL, que aprova ou não, passando de seguida para a ECR.

Muitas mais atividades foram desenvolvidas durante o nosso estágio, apenas descrevemos anteriormente algumas.

5. Reflexão do Percurso de Estágio: integração e dificuldades sentidas

Uma boa integração e adaptação na Unidade é fundamental para que o Estágio se desenvolva de forma possível e com sucesso, no entanto temos que ter sempre em mente qual é o nosso papel na Unidade, a humildade é uma qualidade extremamente essencial e primordial no processo de integração.

A nossa integração na Unidade de Cuidados Continuados e a relação interpessoal que construímos com os diversos profissionais foi muito positiva, fomos muito bem recebidos e acarinhados por todos eles.

Inicialmente, a integração passou por uma apresentação formal a todos os funcionários e utentes da Unidade, tendo tido a oportunidade de conhecermos individualmente um pouco cada um dos utentes. Relativamente à apresentação das instalações não foi necessária, uma vez que já tínhamos efetuado um estágio nesta mesma unidade (estágio relativo à licenciatura em Serviço Social).

Desde o primeiro dia de Estágio que o processo de integração por parte da equipa técnica e dos restantes funcionários foi excelente. Estes colocaram-nos desde o início à vontade, para esclarecer qualquer dúvida que pudesse existir ou qualquer problema que ocorresse, disponibilizando-se sempre a ajudar, tornando a nossa integração mais fácil.

No que concerne à Dra. Ana Patrícia Santos, nossa orientadora institucional, podemos referir que sempre se disponibilizou para nos ajudar e explicar o que se considerasse pertinente. O relacionamento com a orientadora foi sempre bom e proveitoso e sem dúvida que com ela trocamos diversas vezes perspetivas e opiniões relativamente a várias situações. Foi um prazer enorme trabalhar pela segunda vez com a Dra. Ana Patrícia Santos, sendo esta uma profissional dedicada ao trabalho que exerce com os utentes e suas famílias. Esta ajudou-nos a desenvolver e adquirir competências pessoais e profissionais na área da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Relativamente ao ambiente que se vive na Unidade, é calmo, harmonioso, agradável e bastante animado, se bem que também tem os seus períodos de agitação. Ainda assim, é um ambiente onde, algumas vezes, o trabalho em equipa nem sempre funciona bem, existem algumas falhas de comunicação. Encaramos isto como uma crítica construtiva e não destrutiva, no sentido em que as falhas e os erros têm que ser referidos para poderem ser corrigidos, pois o sucesso de uma Unidade está no bom relacionamento existente entre todos os intervenientes.

Em jeito de conclusão, a nossa integração na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça veio proporcionar um conhecimento e crescimento pessoal, uma vez que tivemos a oportunidade de estagiar com excelentes profissionais de saúde a fim de desenvolver atividades e resolver os problemas que surgiam.

Relativamente às dificuldades sentidas, no âmbito do Serviço Social, inicialmente sentimos dificuldades relacionadas com os procedimentos da sua prática, ou seja, por um lado, a assimilação de informação era muita e por outro, havia a utilização de termos técnicos que desconhecíamos. Contudo, estas dificuldades foram

sendo ultrapassadas ao longo do tempo com a ajuda da Assistente Social, através do esclarecimento de dúvidas que iam surgindo.

Podemos afirmar que este Estágio foi um grande desafio. Todas as dificuldades e receios foram ultrapassados com empenho, dedicação e com a ajuda de toda a equipa multidisciplinar.

Sem dúvida que adquirimos novos conhecimentos acerca da Instituição e do trabalho lá desenvolvido, conseguindo sempre adotar um conjunto de valores, normas e princípios que estarão subjacentes à nossa intervenção profissional.

Parte II – Estudo Empírico: Transmissão de Más Notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

Processo Comunicacional e Transmissão de Más Notícias em Contexto de Cuidados Continuados Integrados: Definição e Protocolos

1.1. Processo Comunicacional

A comunicação é um processo complexo que envolve perceção, compreensão e transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se o contexto, cultura, valores individuais, experiências, interesses e expectativas de cada um. O processo comunicacional deve compreender sinceridade, sensibilidade, esperança, escuta ativa, linguagem clara, empatia, informação em pequenas doses, domínio de entrevista clínica (Phaneuf,2005).

“Comunicação é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra” (Neto, Isabel et al in Manual de Cuidados Paliativos,2006).

A comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia. Comunicar eficazmente em contexto de assistência em saúde, é ao mesmo tempo, importante e difícil, constituindo um desafio, pois implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre os técnicos, o doente e a família (Gask, 2000 cit. Barbosa e Neto, 2010:462). Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos.

A comunicação é importante em todas as etapas da vida humana, porém quando se trata de situações de doença ou internamento é fundamental que esta se desenvolva com base nas necessidades do doente e família, das suas preocupações e expectativas. “Nestas situações os profissionais de saúde acompanham o doente e família em situações de carência afetiva, exposição íntima ou doença que as fragiliza, tornando-as mais vulnerais às diversas formas de comunicação (Pereira,2008).”

Segundo um estudo realizado por Caprara, Filho e Leite (2007), pode – se afirmar que grande parte da chamada crise na saúde resulta das limitações dos profissionais nesta área quanto a habilidades de comunicação com aqueles que são o alvo primordial das suas ações, os doentes.

A maior parte dos estudos no campo das habilidades de comunicação com doentes, familiares e cuidadores resulta de pesquisas empíricas (Leydon et al., 2000; Fallowfield, Hall, Maguire e Baum, 1990). É importante salientar de que uma melhor relação profissional de saúde-doente tem efeitos positivos, não apenas na satisfação dos mesmos e na qualidade dos serviços (Donabedian, 1990; Lewis e Williamson, 1995; Rosenthal e Shannon, 1997), como também na condição de saúde dos doentes (Dixon e Sweeney, 2000; Fallowfield et al., 2004).

Para começar, devemos-nos questionar do porquê de ser necessário melhorar a comunicação em saúde. Frequentemente, os doentes queixam-se de não serem ouvidos, não receberem informação e falta de preocupação pelo seu estado de saúde. Deste modo, ao aperfeiçoarmos as habilidades de comunicação (adaptado de Ley, 1988):

- Aumenta-se a compreensão e a lembrança do que é dito;
- Melhor consentimento informado;
- Doentes ficam mais satisfeitos;
- Aumenta-se a adesão ao tratamento;
- A recuperação da doença pode ser mais rápida e menos stressante;
- Reduzir a incerteza;
- Melhorar os relacionamentos.

“Existe maior sofrimento em doentes com doenças terminais causado por uma comunicação deficiente acerca da doença do que por qualquer outro problema, exceto a dor não- aliviada” (A, Stedeford, 1984). As causas de uma comunicação deficiente devem-se principalmente ao pouco treino dos profissionais; dificuldade em lidar com os sentimentos acerca da sua própria mortalidade e em lidar com outros sentimentos (perda; culpa; ressentimento; personalidade; medo de destruir a esperança; fatores físicos e psicológicos).

De acordo com José Teixeira (2000, p. 107-109), são diversas as causas de insatisfação dos doentes no que concerne os comportamentos comunicacionais por parte dos profissionais de saúde. No seu ponto de vista, a insatisfação relaciona-se com os seguintes aspetos:

- ❖ Utilização de linguagem não acessível (o que dificulta a compreensão) e o argumento de falta de tempo dedicado a esta dimensão (limitando a oportunidade do doente falar e colocar questões);

- ❖ O facto dos profissionais de saúde muitas das vezes não recolherem informação familiar e profissional do próprio doente (evitando deste modo questões psicológicas que possam gerar ansiedade);
- ❖ Adoção por parte dos profissionais de saúde de um “estilo autoritário de influência” (com atitudes de colocarem muitas questões, interrompendo constantemente o doente);
- ❖ Distanciamento por parte dos profissionais de saúde para não se confrontarem com os problemas emocionais e pessoais do doente;
- ❖ Dificuldade em estabelecer empatia e transmitir segurança.

O profissional de saúde precisa de uma gama mínima de habilidades comunicacionais para ser capaz de escolher a combinação mais apropriada para comunicar com o doente. Toda a profissão precisa de uma base técnica sólida, e as profissões ligadas à saúde, são em parte a própria ferramenta. Isto é, para além das habilidades técnicas, os profissionais de saúde precisam de habilidades de comunicação. Quanto mais habilidades e comportamentos diferentes adquirirem, maior será a liberdade para escolher o comportamento que se encaixa numa determinada situação (Caprara, Filho e Leite 2007).

Quando a comunicação é eficaz, o doente adere aos tratamentos, sente-se em segurança, as suas expectativas tornam-se realistas, a tomada de decisões é partilhada e existe um planeamento avançado. Devemos salientar que o modo como nos relacionamos com os outros depende do nosso poder e da nossa habilidade na comunicação, ou seja, o modo como se comunica um diagnóstico a um doente, bem como a terapêutica, influencia bastante a maneira como o doente vai reagir a ambos.

O profissional de saúde, a partir da comunicação desenvolvida com o doente, identifica as suas necessidades, informa sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, promove o relacionamento do doente com outros doentes, com a equipa prestadora de cuidados ou com familiares, promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos. Segundo Briga (2010), as habilidades/competências comunicacionais dos profissionais de saúde são muito valorizadas, quer para poderem gerir as situações de doença, quer para apoiar e ajudar os doentes no seu processo de adaptação emocional.

O processo de prestação de cuidados implica uma interação entre o profissional de saúde e o doente, sendo necessário que essa interação seja estabelecida através de uma comunicação adequada. A comunicação não consiste numa simples troca de informação entre o profissional e o doente, antes pelo contrário, é uma ação que deve ser planeada e individualizada, não devendo ser realizada apenas por impulsos e de forma intuitiva (Pontes, Leitão & Ramos, 2007, p.313). A comunicação é um agente terapêutico muito poderoso.

Todo o processo de comunicação é constituído por duas dimensões: a verbal e a não-verbal. A comunicação verbal tem a ver com “aquilo que se diz”, ou seja, expressão de ideias, desejos, pensamentos, opiniões, etc. Pode ser escrita (livros, cartazes, jornais, folhetos, cartas, etc) ou oral (conversas, debates, diálogo entre duas ou mais pessoas, rádio, telefone, televisão, etc). A comunicação não-verbal processa-se através do olhar, dos gestos, das posturas, das expressões faciais, do tom de voz e do silêncio, do vestuário, etc. Estas formas de linguagem não-verbal exprimem ideias, sentimentos e emoções, acompanham, reforçam e chegam, em muitos casos, a substituir a linguagem verbal. Por outro lado, também podem originar climas de desconfiança quando o discurso verbal não coincide com as mensagens não-verbais.

Segundo Mehrabian (1972), cerca de metade de toda a comunicação acontece através de canais não-verbais. As nossas expressões faciais comunicam os nossos sentimentos, emoções e reações, de forma intencional ou não. A expressão facial do profissional de saúde é tao significativa para os doentes quanto a dos doentes para os profissionais de saúde. Eles podem considera-la encorajadora ou inibidora. Segundo Hackney e Cormier (1979), a expressão facial mais extraordinária é o sorriso, uma vez que mostra interesse, simpatia, exercendo um efeito bastante estimulante nos doentes. É crucial, contudo, ponderar que o excesso de sorriso pode dar a entender aos doentes de que não estão a ser levados a sério ou pode mesmo até mostrar a própria insegurança por parte dos profissionais de saúde. O profissional de saúde deve monitorizar as suas expressões faciais assim como deve ter em mente os possíveis efeitos da sua expressão facial.

O contato visual é de extrema importância na comunicação não-verbal. Devemos incentivar o contato visual, ou seja significa que os olhos do profissional de saúde devem ir ao encontro dos olhos do doente, mas não em demasia, ao ponto de olhar fixamente para estes, uma vez que pode deixar os doentes ansiosos. O doente pode ter a

sensação de que esta a ser estudado, mas por outro lado evitar o contato visual ao doente pode dar a impressão de que o profissional de saúde não tem interesse ou não está completamente dentro do assunto.

A postura refere-se à forma como a pessoa vê o corpo numa determinada situação, variando consoante o estado emocional do indivíduo, por exemplo, se está descontraído ou tenso. O interesse que o profissional de saúde tem no doente pode ser demonstrado por uma postura descontraída e interessada, o que lhe possibilita maior facilidade para ouvir com atenção. Um profissional de saúde descontraído transmite mais confiança do que um que se mexe frequentemente. É crucial, referir que é mais agradável para um paciente agitado conversar com um profissional de saúde que irradia calma e estabilidade, do que o contrário. Assim, o profissional de saúde deve sempre tentar passar a impressão de tranquilidade aos doentes.

Os gestos acompanham a linguagem falada e reforçam a mensagem verbal, permitindo definir papéis e desempenhos sociais. Gestos como o aceno da cabeça ou os movimentos das mãos conferem uma maior expressividade à mensagem. O facto de oscilar a cabeça afirmativamente, fazendo gestos de apoio com as mãos, evitando movimentos nervosos, o profissional de saúde expressa a sua atenção e encoraja ao mesmo tempo os doentes a continuar a falar.

O silêncio é o elemento essencial do processo de comunicação e da relação interpessoal. O silêncio é bastante frequente nas relações interpessoais. O silêncio é utilizado em momentos de profunda troca de emoções e sentimentos. É fundamental, visto que para escutar o outro é preciso estar em silêncio (Araújo & Silva, 2006).

Segundo Magalhães (2005), o profissional de saúde deve utilizar a comunicação não-verbal, uma vez que diversos estudos referem que esta transmite aproximadamente 75% do que queremos realmente dizer (Querido et al., 2010). Os mesmos estudos revelam ainda que o doente e a sua família retiram pistas na expressão dos profissionais (pistas estas procuradas no nosso contato visual, na expressão facial, no tom de voz, na postura, no movimento e no toque) e que conseguem concluir acerca da aceitação e da preocupação que têm para com eles. O comportamento não – verbal pode complementar e reforçar a mensagem dita ou pode, pelo contrário, torná-la menos credível e consistente. Este tipo de comportamento pode fazer a diferença relativamente à forma como o doente se sente acompanhado e compreendido.

Podemos concluir, que na relação interpessoal doente/família/profissional de saúde o toque, o olhar e o silêncio são muito importantes. O toque é considerado um dos meios de contato mais direto, sendo através dele que o profissional pode captar e dar informações, receber e transmitir informação. Quando utilizado no momento oportuno, o toque apresenta extrema importância e valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente o doente que necessita de ajuda, podendo ser o último modo de contato, quando não se sabe o que dizer. Em relação ao olhar, a sua importância revela-se, quando o profissional olha para o doente, fazendo com que este sinta que existe para o profissional (Phaneuf, 2005).

No que concerne às competências básicas da comunicação, passamos a descrever algumas:

- Preparar antecipadamente o ambiente/contexto;
- Preparar o conteúdo da informação;
- Escuta ativa;
- Colocar questões abertas;
- Observar e responder às emoções;
- Perguntar antes de responder;
- Interessar-se pela vida do doente (e não apenas pela doença);
- Assegurar-se que a linguagem não-verbal significa – atenção/interesse.

Para uma comunicação eficaz é necessário que haja congruência entre a comunicação verbal e a comunicação não-verbal, adaptar a mensagem ao doente, emitir mensagens claras e sem ambiguidade, certificar-se de que a mensagem é compreendida pelo mesmo, realizando perguntas e não dando muita informação seguida.

1.2. Transmissão de Más Notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados

A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis de desempenhar, na medida em que a “ má notícia” é encarada como a notícia que vai modificar radicalmente e negativamente a ideia que a pessoa tem da sua vida futura (Barbosa e Neto, 2010:478). “Qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro” (Buckman, 1992). Ou seja, é entendida como informação que muda a visão que o paciente tem do seu futuro, que envolve as enfermidades, dor ou

perda das funções que se tornarão crónicas ou permanentes ou a necessidade de tratamentos prolongados e dolorosos que podem enfraquecer e/ou mutilar o seu corpo.

Por todos os motivos supra mencionados, ninguém gosta de transmitir más notícias, uma vez que é uma tarefa geradora de sofrimento quer para o doente/família, que para quem a transmite (Gonçalves, 2013).

A comunicação é importante em todas as etapas da vida humana, porém quando se trata de situações de doença ou internamento é fundamental que esta se desenvolva com base nas necessidades do doente e família, das suas preocupações e expectativas. ‘‘Nestas situações os profissionais de saúde acompanham o doente e família em situações de carência afetiva, exposição íntima ou doença que as fragiliza, tornando-as mais vulneráveis às diversas formas de comunicação (Pereira,2008).’’

Mas afinal quem deve dar as más notícias? Habitualmente, o profissional de saúde responsável pelo doente, com quem este tenha estabelecido uma relação de confiança e que esteja disponível para responder às questões colocadas após a tomada de conhecimento. No caso de estar presente mais que um profissional de saúde a informação deve ser coordenada e transmitida a um ritmo que o doente /familiar possa acompanhar. (Klut e Palma, 2012)

Grande parte dos profissionais de saúde já se deparou com situações que necessitou de revelar uma má notícia. As situações podem ser: diagnóstico de uma doença crónica, como a diabetes numa criança (irá afetar toda a vida da criança, os seus hábitos alimentares, a sua própria situação); amputação de um membro; o fim das possibilidades curativas; a perda de audição ou visão; informar o marido que a esposa tem uma demência – Alzheimer; informar casais que não podem ter filhos; diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, como o cancro; a proximidade da morte; a necessidade de encaminhamento para cuidados paliativos e cuidados domiciliários, entre muitas outras situações (Jacobsen & Jackson,2009).

As evidências dos estudos analisados dizem-nos que os profissionais de saúde não têm receio quando têm de transmitir sobre, por exemplo, diabetes num adulto ou cirrose, hipertensão arterial, uma vez que estes novos diagnósticos derivam de uma série de medidas de autocuidado, mudanças de hábitos e ou tratamentos farmacológicos que vão ajudar o doente a viver melhor com a sua nova condição de vida e a adaptar-se a mudanças que podem advir da doença.

Como refere Robert Twycross (2003 como citado em António, 2014,pp.23-24) verifica-se é que à dificuldade por parte dos profissionais em dizer a verdade ao doente, principalmente quando essa verdade tem a ver com a finalidade da vida ou a ausência da cura. As causas desta dificuldade advêm, muitas vezes, de crenças e convenções sociais que são inerentes ao próprio profissional e ao doente e seus familiares.

A comunicação de uma má notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde. Segundo Buckman (1984), o profissional de saúde demonstra diversos receios entre eles:

- Medo do desconhecido e do não-aprendido:
 - ✓ A maioria dos profissionais de saúde não recebe formação específica para comunicação de más notícias;
 - ✓ O treino em dar más notícias parece minimizar o desconforto do profissional e melhorar a satisfação dos doentes e famílias;
 - ✓ Dificuldade em abordar o tema pode conduzir a ansiedade e evitamento da situação.

- Medo da reação emocional do doente e familiares:
 - ✓ ‘‘Reagir mal’’; Choro; Raiva;
 - ✓ Dificuldades na contenção emocional; limitações temporais.

- Medo de retirar a esperança do doente.

- Medo de não saber todas as respostas:
 - ✓ Dificuldade de dizer ‘‘Não sei’’;
 - ✓ Muitas vezes os doentes não esperam respostas mas sim alguém que escute o problema.

- Medo pessoal de morte e doença:
 - ✓ Experiências pessoais e familiares de doença e morte;
 - ✓ Relutância generalizada em falar sobre a morte (Tabu Social);
 - ✓ Negação da doença e da morte pelo profissional de saúde (Invulnerabilidade).

- Medo de expressar emoção:
 - ✓ Postura habitual: calma e não emotiva;

- ✓ Dificuldade de expressar empatia e simpatia sem assumir a responsabilidade pelo sofrimento.
- Medo de ser culpado:
 - ✓ Transferência da emoção negativa espoletada pela notícia para o profissional de saúde que a comunicou (como forma do doente conseguir lidar com a situação);
 - ✓ O profissional de saúde deve ter presente que a responsabilidade do aparecimento da doença não é sua;
 - ✓ O ato de lhe imputar culpa é uma reacção comum e que não deve ser levada pessoalmente.

As dificuldades sentidas no processo de comunicação de más notícias com que os profissionais de saúde se deparam, têm a ver com vários aspetos, nomeadamente com o fato de as informações nem sempre serem compreendidas pelos familiares e pelo próprio doente; a gravidade da doença do doente; a própria dinâmica da Instituição; o medo de ser considerado culpado ou lhe atribuírem responsabilidades; o medo de expressar uma reacção emocional; o facto de vivenciar e partilhar com o doente a emoção do momento vivido; a preocupação com o fracasso terapêutico; medo de não saber responder a todas as questões colocadas pelo doente e família (Fallowfield, 1993; Espinosa et.al,1996; Ptacek &Eberhardt,1996; Muller,2002).

O profissional de saúde tem também receio em informar do avanço da doença e a ausência de cura, de causar sofrimento e de desencadear reacções ao doente (Buckman,1992). As reacções mais comuns face a estes receios dos profissionais passam pela utilização da voz alta e a utilização de um discurso diferente impedindo o aparecimento de manifestações afetivas (Hennezel,2002).

Diversos estudos (Peterson & Carvalho,2011; Pontes, Leitão & Ramos, 2008,p.313) demonstram que, devido à ansiedade do profissional de saúde sobre a capacidade do doente enfrentar a doença, a falta de tempo ou falta de competência de como interagir com os doentes, verificam-se algumas dificuldades de comunicação entre o profissional e o doente. O cuidar de doentes a quem lhe foi transmitida uma má notícia confronta os profissionais de saúde com os seus próprios medos relacionados com a possibilidade de sofrer e até mesmo morrer, sendo que esses medos podem interferir na prestação de cuidados ao doente. A falta de vontade de comunicar ou de

interagir com o doente é interpretada por este como um não cuidado, pelo que uma atitude distante pode gerar sentimentos de medo e abandono.

O modo como se comunica um diagnóstico ou a terapêutica a um doente, influência bastante a maneira como o doente vai reagir a ambos (Leal,2003,p.41). Na comunicação do diagnóstico ao doente é fundamental individualizar e ter em linha de conta aspetos como o papel social e o projeto de vida do doente. É necessário perguntar que efeito poderá ter determinado diagnóstico para ele e para os seus familiares no futuro. No que concerne à comunicação do prognóstico, o profissional de saúde deve evitar respostas precisas e enganadoras. Sugere-se a designada “estratégia dos dedos cruzados”, isto é, manifestar que se deseja esperar o melhor (“oxalá possa vir a recuperar”) mas deve-se também colocar a hipótese de o pior vir a acontecer. Deste modo, cria-se um horizonte ao qual o doente se pode ir adaptando de acordo com a sua evolução (Barbosa & Neto, 2010,pp.477-478).

Assim como o profissional de saúde, o doente também apresenta receios, contudo são receios que surgem após receber uma má notícia:

- ❖ Medo de morte;
- ❖ Medos relacionados com a família e amigos (causar sofrimento, tornar-se um fardo);
- ❖ Medos relacionados com o tratamento (alteração da imagem corporal, efeitos secundários);
- ❖ Medo dos efeitos psicológicos (perda de controlo ou consciência);
- ❖ Medo dos sintomas físicos e incapacidade (náusea, dor).

Mas afinal existe alguma fórmula para comunicar más notícias? Segundo Pereira (2004), não há nenhuma regra estabelecida para comunicar uma má notícia, uma vez que cada ser humano tem as suas próprias características e particularidades, e a comunicação do profissional de saúde deve ser adaptada a cada doente e a cada caso. Ainda segundo a mesma autora, a notícia deve ser dada de forma, clara, aberta e adaptada a cada doente / família (Gonçalves, 2013).

De acordo com Becze (2010) e Pereira (2008), todo o profissional de saúde deve ser capaz de responder às questões colocados pelo doente e falar sobre o que o mesmo parece preparado para ouvir, sem recorrer a eufemismos e sem retirar a esperança.

O facto de os profissionais de saúde terem de transmitir uma má notícia ao doente, acarreta lhes diversas dificuldades que muitas vezes têm expressões como: *“E agora como é que vou dizer que (...).”*; *“Quais os gestos e atitudes que devo manter?”*.

O modo como se comunica um diagnóstico ou prognóstico a um doente, influência bastante a maneira como o doente vai reagir a ambos. Para Jesus (2004), quando o profissional de saúde têm de transmitir uma má notícia, *“(...) deve ser alvo de preparação prévia, quando possível, efetuada num ambiente de privacidade, que se valide quem deve estar presente, no tempo adequado, estabelecendo uma relação terapêutica, comunicando em linguagem compreensível, lidando com as reações do outro, encorajando-o na expressão das suas emoções, validando-as e facultando informação sobre estruturas ou serviços de apoio disponíveis”* (p.86).

Cada vez que se comunica uma má notícia, o profissional deve desenvolver uma comunicação adequada e efetiva, utilizando procedimentos técnicos, escuta e atenção adequada. É necessário que haja diálogo constante entre o profissional de saúde/doente/família, cultivando a confiança, respeito e empatia.

Visto que a tarefa de comunicar uma má notícia é difícil para qualquer profissional de saúde, vários autores criaram e desenvolveram estudos e posteriormente modelos para facilitar a transmissão desta informação e serem utilizadas estas mesmas estratégias na hora de comunicar uma má notícia (Lech, Destefani & Bonamigo, 2013, p. 70). O protocolo *“SPIKES”* foi desenvolvido por diversos autores e proposto por Baile (et al, 2000) e tem como finalidade orientar o profissional de saúde para facilitar o fluir da comunicação, constituindo-se este como um recurso didático para a transmissão da má notícia. Consiste em seis passos estratégicos, que decorrem durante a entrevista (Quadro 1):

- 1) Ambiente;
- 2) Perceção do doente;
- 3) Convite;
- 4) Conhecimento;
- 5) Empatia;
- 6) Estratégia.

Quadro 1 – Protocolo Spikes

Stting up	Ambiente
Perception	Perceção do doente
Invitation	Convite
Knowledge	Conhecimento
Emotions	Empatia
Strategy and Summary	Estratégia

Adaptado de Baile et al., 2000

Principais componentes deste protocolo:

- Demonstração de empatia;
- Reconhecer e validar os sentimentos do doente;
- Explorar a sua compreensão e aceitação das más notícias;
- Fornecer informações sobre possíveis intervenções;
- Entre outros.

Numa pesquisa realizada com estudantes de Medicina, onde estes tinham recebido teoria sobre o Protocolo Spikes durante o seu percurso académico, era-lhes questionado o valor deste Protocolo para a sua vida profissional, todos responderam de forma positiva, denotando a boa aceitação do mesmo e suscitando expectativa favorável em relação à utilização do Protocolo (Lino et al., 2011).

Contudo, Buckman (1998 como citado em António, 2014,p.24) propõe um guião/protocolo orientador para facilitar a comunicação na transmissão de más notícias, desenvolvido em seis etapas:

- 1) **Preparação e escolha de um local adequado** - as más notícias devem ser dadas pessoalmente e num local acomodado onde haja privacidade cuidada.
- 2) **Perceber o que é que o doente já sabe** - fazer perguntas abertas, pedir ao doente que forneça uma explicação para o que lhe está a suceder (sintomas, exames realizados). Deve-se ficar atento aos sinais não-verbais do doente durante as respostas.
- 3) **Descobrir o que o doente quer saber** - perceber até que ponto o doente quer ter conhecimentos sobre a sua patologia, perceber se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde. Devem-se identificar os sinais de sofrimento e ansiedade, avaliando as condições emocionais do doente.

- 4) **Compartilhar a informação** - deve-se partilhar a informação utilizando um vocabulário adequado à compreensão do outro, tom de voz suave e mais firme. Ser claro, durante a partilha e falar pausadamente dando a possibilidade para o doente falar. Fazer questões curtas e validar a compreensão, recorrendo sempre que possível ao toque afetivo.
- 5) **Responder às emoções e às perguntas do doente** - disponibilizar-se para ouvir, permanecer junto do doente e estimular/permitir a expressão de sentimentos de forma verbal ou não verbal.
- 6) **Planear e combinar o acompanhamento** - falar de forma clara dos sintomas, prognóstico e tratamento. Junto do doente deve-se estabelecer metas de curto prazo e médio, de forma a atingi-las. Não nos podemos esquecer de argumentar acerca da disponibilidade de cuidado e não abandono e, no caso de necessidade, verbalizar onde nos pode encontrar. É importante deixar sempre “ uma porta aberta” para que o doente fale connosco se precisar.

Ambos os protocolos são flexíveis e adaptáveis a cada momento ao doente e a cada situação particular. São uma forma especializada de treinamento de habilidade de comunicação profissional de saúde/doente/família. Essas habilidades vão dar apoio e auxílio ao profissional de saúde aquando da transmissão de uma má notícia, facultando a intervenção psicológica essencial para a redução do sofrimento no doente. A implementação de ambos os protocolos pressupõe uma interação dinâmica entre o profissional e o doente, na qual o profissional é conduzido pelas preferências, comportamentos e compreensão do doente.

Em anexo (anexo 4), apresentamos também um protocolo por nós elaborado (Protocolo PATPTF), com recurso à revisão da literatura efetuada, com linhas orientadoras para a transmissão de uma má notícia.

Qualquer estratégia adotada para se conseguir uma comunicação de más notícias deve ter sempre em conta que cada doente é único, assim como é única a situação em que ele se encontra e o momento em que vive.

Deste modo, constatamos que existem várias técnicas (que envolvem aspetos da comunicação verbal e não verbal) que permitem que a informação seja transmitida de forma adequada e ajustada ao doente e família. Face a isto, “(...) a relação interpessoal

profissional de saúde/doente/família é essencial para a qualidade dos cuidados, podendo ter um fim terapêutico, ajudando o doente e a sua família a ultrapassar as dificuldades, os medos, e as angústias e até incertezas'' (Gonçalves, 2013, p. 62).

Santos (2000) refere que é através da relação interpessoal, na sua vertente de relação de ajuda, que os profissionais de saúde desenvolvem um processo de comunicação que responde às necessidades específicas de cada doente com que interagem, estabelecendo princípios de aceitação, respeito pelo outro e de autonomia, confiança mútua, segurança efetiva.

Segundo Phaneuf (2005), a relação de ajuda consiste num ''processo que visa essencialmente a tomada a cargo de si próprio pela pessoa cuidada e não pelo profissional de saúde''. Refere ainda que ''a relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um caráter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz o profissional''.

A mesma autora considera que o profissional de saúde que pretenda utilizar uma relação de ajuda de qualidade com o doente, deve apresentar diversas atitudes, tais como:

- Presença: trata-se de um estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva, graças ao qual o profissional que ajuda fica em alerta às necessidades do doente;
- Escuta: é deixar-se penetrar pelo que exprime o doente e acolher o seu sofrimento sem fazer juízos de valor;
- Contratação na pessoa: corresponde a uma ''qualidade da relação de ajuda que faz com que o profissional de saúde se preocupe em primeiro lugar com o doente, com as suas emoções, sentimentos, reações, desejos e necessidades, mais do que interessar-se prioritariamente com a sua doença'';

Lazure (1994) e Phaneuf (2005) referem que a autenticidade, a congruência, a compreensão empática e o respeito são atitudes importantes que um profissional de saúde deve também adotar para estabelecer uma relação de ajuda com qualidade.

Na relação de ajuda, o toque, o olhar e o silêncio, são muito importantes. O toque é considerado um dos meios de contato mais direto, sendo através dele que o profissional pode captar informações, receber e transmitir mensagens. Quando utilizado

no momento oportuno, o toque apresenta grande valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente o doente que necessita de ajuda, podendo ser o último modo de contato, quando não se sabe o que dizer. Em relação ao olhar, a sua importância releva-se quando, ao olhar para o utente, o profissional faz com este sinta que existe para ele.

A relação de ajuda é uma ferramenta fundamental no processo de comunicação. É necessário o profissional de saúde desenvolver habilidades comunicacionais no sentido de estabelecer relações interpessoais no atendimento ao doente/ família aquando da transmissão de uma má notícia; habilidades e comportamentos assentes em cuidados humanizados, disponibilização para ouvir, compreender a dor do doente, ficar em silêncio quando necessário, demonstrar compaixão, entre outras.

Sancho (2000) e Watson (2008) propõem algumas sugestões para comunicar más notícias e informam que o profissional de saúde antes mesmo de traçar um plano, deve perceber se o doente está preparado para receber a má notícia, bem como recolher diversas informações complementares que podem servir de orientação e estratégias complementares. Informações como equilíbrio psicológico do doente; gravidade da doença e evolução; idade do doente; tipo de tratamento; apoios familiares/comunidade; impacto emocional; crenças religiosas.

Os mesmos autores referem também que após a revelação de uma má notícia o doente e sua família devem receber de imediato apoio psicológico.

Masmanm (1993 como citado em Cólón,1995) acrescenta que pode ser necessário repetir a informação mais de uma vez. Isto porque os doentes tendem a reconstruir a informação com base em outras que já tinham anteriormente.

Após receber uma má notícia é comum o doente demonstrar diversas reações, medo, desgosto, raiva/culpa, agressividade, tristeza, choro. Aquando estas reações é muito importante o profissional demonstrar compreensão. Sempre que o doente, por exemplo, demonstra agressividade, o profissional deve tentar perceber a verdadeira causa, perceber se é justificada ou injustificada; o choro ou silêncio devem ser respeitados.

São pontos essenciais a adotar na comunicação de uma má notícia:

- Reconhecer a situação com o doente;
- Legitimá-la, se for caso disso - "compreendo como se sente...";
- Explorar a situação e permitir a expressão dos sentimentos - "quer falar disso?".

Na comunicação de uma má notícia ao doente/família, o profissional de saúde deve ter em atenção alguns princípios básicos, nomeadamente: pronunciar as palavras de forma clara e correta; não falar muito alto nem muito baixo, assim como nem muito depressa nem muito devagar; deve concentrar-se na mensagem que quer transmitir; ser breve e usar palavras simples; mostrar-se interessado; sorrir; ser empático; acompanhar as palavras com gestos; manter uma boa postura; falar olhando sempre para o doente; adaptar a mensagem ao doente, entre outros.

1.3. Bioética na saúde

A bioética reforça que as boas práticas em saúde exigem eficiência na comunicação. Ou seja, ocorre mais entendimento racional e facilita-se a deliberação perante a complexidade nas decisões de comunicação de más notícias.

Para a abordagem de dilemas éticos na saúde, como o dilema de comunicar ou não uma má notícia ao doente, a bioética sustenta-se em quatro princípios éticos (Beauchamp, 1994 & Childress, 2002). Estes princípios norteiam as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados de saúde. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça/ equidade.

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar os outros, de fazer ou promover o bem a favor dos seus interesses. Ou seja, é a obrigação moral de agir para beneficiar os demais. Exige, na generalidade dos casos, que realizemos ações que produzam uma quantidade de benefícios suficiente para contrabalançar os danos ou incómodos que possam decorrer da nossa intervenção. Neste princípio, o profissional de saúde compromete-se a avaliar os riscos e os potenciais benefícios (individuais e coletivos) e a procurar o máximo de benefícios, reduzindo assim ao mínimo os danos e riscos. O profissional de saúde deve atuar no melhor interesse do doente.

Isto significa que enquanto profissionais de saúde temos que fazer o que é benéfico do ponto de vista da saúde e o que é benéfico para o ser humano no geral. O profissional tem que levar em conta os pensamentos ou sentimentos do doente, que estabeleça um relacionamento interpessoal de confiança mútua com o doente e família/cuidador.

O princípio de não-maleficência é entendido como a obrigação de não causar dano intencionalmente. O profissional de saúde compromete-se a avaliar e evitar os danos previsíveis. Ou seja, este princípio requer uma abstração das ações que o

profissional pode provocar intencionalmente ao tratar do doente, por exemplo num ato cirúrgico.

O princípio da autonomia descreve o respeito pela legítima autonomia da pessoa, pelas suas escolhas e decisões que estejam verdadeiramente livres e autónomas. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Este princípio confere ao doente o direito de participar nas decisões clínicas que a ele lhe dizem respeito. O profissional de saúde não pode nem deve impor os seus princípios morais e filosóficos, nem o seu conceito de qualidade de vida aos conceitos do doente.

É diretamente deste princípio que resulta o direito do doente à informação detalhada da sua situação clínica, assim como do consentimento esclarecido, se ele assim o pretender. Cabe ao profissional de saúde oferecer toda a informação necessária para orientar as decisões do doente, sem influências, para que o doente possa analisar a natureza do diagnóstico/ tratamento, dos riscos e benefícios, das consequências, para posteriormente dar ou não o seu consentimento para o ato clínico.

O doente como pessoa competente deve ser conhecedora, do seu diagnóstico e prognóstico. Respeitando esta visão só em caso de inconsciência ou de doença psíquica impeditiva de comunicação se justifica que o diagnóstico e o prognóstico sejam comunicados à família ou representante legal, omitindo ao doente (Osswald, 2000).

O princípio da justiça, aplicado à área da saúde, diz respeito à discussão da problemática do acesso aos serviços de saúde pelo cidadão comum e à discussão da distribuição dos recursos.

É necessário reter a ideia que todos estes princípios são '*prima facie*', ou seja, todos obrigam e nenhum é superior a outro, são todos igualmente válidos. Em situação de conflito descemos ao caso concreto e tentamos ver de acordo com as circunstâncias qual o princípio que produz maior bem.

Segundo um estudo realizado por Caponi, Leopardi e Caponi (1995),'' (...) os profissionais de saúde, em geral orientam-se pelo critério da beneficência, os doentes pelo da autonomia e a sociedade pelo da justiça''. A aplicação descontextualizada dos princípios referidos irá provocar desequilíbrio na relação profissional de saúde/ doente, sendo deste modo essencial que nenhum se sobreponha a outro, mas sim que se assegure a integração e interpretação de todos eles.

1.3.1. Dizer ou não dizer a verdade na comunicação de más notícias?

A omissão / comunicação da verdade referente a um diagnóstico/ prognóstico de um doente é cada vez mais um tema controverso na saúde.

Segundo Fallowfield et al (2002), nos cuidados à saúde fornecer informação ao doente é essencial com o objetivo de facultar a sua adaptação à doença e ao próprio tratamento. Contudo, nem sempre as práticas dos profissionais de saúde vão ao encontro dos desejos, preferências e expectativas do doente e sua família.

A Lei das Bases de Saúde (Base XIV, nº 1, al. e) da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) confere ao doente o direito a *''ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis do tratamento e a evolução provável do seu estado''*.

Segundo Pan et al (1995), todo o doente tem direito a todas as informações sobre o seu estado de saúde, diagnósticos, tratamentos e resultados de exames. Ainda segundo o mesmo estudo, todo o doente que é informado aceita melhor os tratamentos e um melhor controlo sobre os seus sintomas e em consequência consegue atingir uma melhor qualidade de vida. Por sua vez, os doentes que não são informados, têm grande probabilidade de não aderirem às indicações médicas nem aos tratamentos propostos.

Inúmeros estudos (Chris,2006; Pereira,2008; Soares,2007) comprovam o estudo anterior, ao afirmarem que a omissão da informação ao doente conduz este a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao seu prognóstico, assim como a uma insegurança na sua relação com o profissional de saúde.

Existem situações em que o doente não é informado, situações que se prendem com atitudes e crenças erradas por parte dos profissionais de saúde (Martins, 2008). De acordo com um estudo efetuado por Morrison (2001), são diversos os motivos pelos quais os profissionais de saúde omitem a informação aos doentes, contudo, o autor destaca como principais o medo de que a informação possa ser prejudicial para o doente e que se recorrerem à mentira/omissão o doente não ficará exposto a uma maior vulnerabilidade. No entanto, não se deve utilizar a mentira, o doente e a sua família têm o direito à verdade e uma mentira pode condicionar o processo de intervenção a vários níveis, uma vez que a mentira pode levar o doente ao silêncio, não havendo qualquer tipo de comunicação com os profissionais, nem partilha de medos, angústias e preocupações e pode também impedir a adesão do doente à terapêutica recomendada.

Quando se opta pela omissão sobre o verdadeiro estado de saúde do doente por parte de toda a equipa multidisciplinar, cria-se uma barreira entre o doente e os

profissionais de saúde. Segundo Serrão (1996) a relação profissional de saúde / doente deve ser uma relação de cumplicidade e verdade.

Em situações de omissão, o doente acaba por se isolar, pois ele tem noção que algo não está bem com a sua saúde e que as informações que lhe estão a ser omissas. Verifica-se o rompimento do laço de confiança entre o doente e o profissional de saúde. “(...) Aquilo que é mais importante para mim, é que aqui na UCCI de Murça e no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto não recorrem ao jogo da mentira, não me escondem informações. Pois assim, não se criam barreiras entre mim e a equipa multidisciplinar” (Utente da UCCI de Murça,2015).

Cada vez mais nos dias de hoje, os doentes e seus familiares desejam, acima de tudo, informação franca e empática de um diagnóstico/ prognóstico. É necessário que o profissional de saúde tenha um compromisso de abertura e honestidade, e que o primeiro desafio ético seja o de se equipar a si mesmo, enquanto profissional, de boas habilidades de comunicação e sensibilidade. Acima de tudo, o doente quer ser amparado, compreendido e tratado com dignidade, sendo que a expressão de afeto na relação com o doente trazem a certeza de que ele faz parte de um conjunto importante, o que origina sensação de proteção e consolo, além de paz interior (Louro & Seixo, 2015). “ *A revelação de uma verdade desfavorável, quando realizada com habilidade e sensibilidade, reduz consideravelmente o impacto negativo da informação sobre o doente e familiar* ”(Nunes,2006).

Tem sido cada vez mais comum, verificar-se que há familiares que solicitam aos profissionais de saúde a omissão da informação ao doente. E quando um profissional de saúde se depara com esta solicitação, o melhor que tem a fazer e sem dúvida a melhor estratégia ética, é proceder à explicação de todas as vantagens do doente ser informado assim como as consequências da omissão ao doente.

O profissional de saúde deve explicar que a informação do estado de saúde ao doente será dada de forma humana, com linguagem adequada e na quantidade que o doente desejar e com acompanhamento ao longo de todo o processo. Esta explicação leva a que muitas famílias entendam melhor a importância do doente ser informado e consentindo assim que o profissional não omita a verdade ao doente.

Na Unidade de cuidados continuados de Murça verifica-se que os profissionais de saúde quando se deparam com estas situações sugerem aos familiares uma reunião entre eles e a equipa multidisciplinar com a finalidade de serem explicados todos estes

prós e contras da omissão da informação assim como lhes transmitir que a tarefa de comunicar vai ser da equipa e não dos familiares (esta atitude retira muitas vezes um peso enorme aos familiares).

Podemos então concluir, que toda a relação terapêutica deve ser fundamentada na parceria com o doente, o profissional de saúde deve respeitar as decisões do doente evitando a mentira piedosa. Este deve transmitir toda a verdade que o doente deseje conhecer e toda aquela que ele conseguir suportar.

Esconder a verdade ou omitir informação ao doente é privá-lo da condição de sujeito e limitar a sua autonomia no processo de decisão. Ninguém pode, eticamente, decidir por um doente que goze de plena autonomia.

O profissional de saúde enfrenta o desafio de individualizar a forma de transmitir uma má notícia consoante o doente que tem à sua frente (questionar se a informação transmitida satisfaz as necessidades do doente e estar preparado para reformular a informação).

1.4. Papel da equipa multidisciplinar

A comunicação de uma má notícia ao doente requer a participação ativa de uma equipa multidisciplinar, tendo estes como objetivos trabalhar em equipa; a compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um; a cooperação ativa e confiança mútua; rede de comunicação circular aberta; mecanismos de feedback e de avaliação (OMS,1988). É importante que cada um entenda o seu papel e que todos entendam que trabalham para o mesmo fim. Quando se verifica a ausência de algum destes objetivos surgem barreiras de comunicação e de relacionamento que poderão comprometer todo o processo de cuidar (Mendo, 2000, p.44).

Neste sentido, para que seja prestada uma informação completa e coerente, sem contradições ao doente, é necessário que todos os profissionais de saúde funcionem como uma verdadeira equipa, sendo por isso de extrema importância *'' (...) que haja comunicação e que cada um saiba o que o outro faz, porquê e quando, que se reconheçam as competências dos outros para que se possa contar com os seus conhecimentos (...) que tenha confiança na integridade dos outros elementos da equipa (...) ''* (Kerouac et al citado em Figueiredo, 1997,p.22).

A forma como é transmitida a informação ao doente e a adaptação deste à doença, vai depender, do trabalho de uma equipa multidisciplinar eficaz e funcional

assim como da conjugação dos vários saberes e domínios de intervenção. Neste sentido, a comunicação de uma má notícia deve ser encarada como uma atividade multidisciplinar, onde todos os profissionais de saúde devem trabalhar em equipa e respeitar-se mutuamente.

Os profissionais de saúde devem conseguir identificar em cada doente qual o estilo de aprendizagem aprendido pelo mesmo (crenças culturais e tipo de linguagem) e identificar como o doente deseja receber a informação.

“ Os objetivos da comunicação profissional de saúde/doente prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos. Todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução de incerteza, indicando deste modo uma direcção ao doente e sua família”. (Saraiva,2003,p.38).

É necessário estabelecer uma relação de confiança e segurança entre o profissional e o doente aquando a transmissão de uma má notícia. Para isso, o profissional de saúde deve:

- ▶ Transmitir afeto, cuidado e companheirismo;
- ▶ Respeitar as preferências pessoais e culturais do paciente;
- ▶ Evitar falsos otimismo e excessos de desencorajamentos;
- ▶ Ouvir bem as perguntas e preocupações do doente e família;
- ▶ Dar informação de forma gradual;
- ▶ Entender o que o paciente deseja e suporta saber naquele momento;
- ▶ Usar linguagem simples e clara, evitando termos técnicos;
- ▶ Estar tranquilo e ter tempo disponível;
- ▶ Demonstrar honestidade e uniformidade.

Como refere Martins (2008), é necessário que os profissionais de saúde tenham tempo para prestar informação com qualidade e em quantidade e também para que o doente possa assimilar e refletir sobre a má notícia que recebeu. “ Para isso é necessário que os profissionais de saúde sejam bons comunicadores, que não tenham medo de dizer a verdade (...)” (p.294).

A comunicação é muito importante entre o doente e o profissional de saúde, uma vez que ajuda o doente a lidar com a situação e diminui as incertezas, favorece a

participação na tomada de decisões, contribuindo assim para o bem-estar do doente e família e deve ser um processo contínuo e sistemático, com o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

“A equipa multidisciplinar pode oferecer uma esperança realista, que vai interferir na qualidade de vida do doente, no conforto e dignidade durante a evolução da doença, não lhe omitindo a informação” (Quill & Townsend,1991).

1.5. Formação na área da comunicação de más notícias

“Se as más notícias forem dadas de modo incorreto, podem desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimento; se forem bem dadas, podem gerar compreensão, aceitação e ajustamento” (Fallowfield & Jenkins,2004).

Henrique Jesus (2007) refere que é necessário que o profissional de saúde desenvolva habilidades e competências para lidar com a transmissão de más notícias, uma vez que esta tarefa requer perícia e treino.

É necessário refletirmos sobre a importância de formação dos profissionais de saúde na área da comunicação de más notícias.

A comunicação de más notícias é essencial, contudo diversos estudos revelam não existir formação nem desenvolvimento de capacidades comunicacionais durante o percurso académico dos profissionais de saúde.

Durante a licenciatura, os profissionais de saúde são dotados praticamente de saberes teóricos (com exceção dos médicos) sobre a comunicação, contudo é também importante que os saibam utilizar na prática, no processo de cuidar, no confronto direto com o doente e família e nas mais diversas situações de saúde. Pois é nestes contextos que se apercebe das dificuldades e necessidades relacionadas com a comunicação de más notícias (Pereira,2008).

É necessário transmitir competências de comunicação aos profissionais de saúde e aos estudantes, como dar más notícias, uma vez que ao ser dotado desta competência, pode melhorar a sua própria confiança. São diversos os estudos que demonstram que uma eficaz qualidade de comunicação não ocorre apenas com o acumular da experiência clínica (Fallowfield et al., 2002).

Segundo Arnold e Koczwara (2006), devem-se capacitar os futuros profissionais de saúde relativamente à transmissão de más notícias, através da explicação das barreiras de comunicação entre profissional de saúde/doente e métodos para as

ultrapassar; demonstração das técnicas mais frequentes e eficazes e por fim permitir o treino destas mesmas competências em ambiente controlado e fornecer feedback sobre as várias atuações.

As sugestões passam sobretudo pela partilha e reflexão de experiências entre docentes e futuros profissionais de saúde (estudantes) da prática, na análise e discussão multidisciplinar de casos clínicos; na discussão de experiências vivenciadas pelos estudantes durante o percurso académico; na realização de dramatizações e tertúlias com alunos, docentes e profissionais que se encontrem a exercer funções, reforçando assim a ideia de que os saberes profissionais se constroem na teoria e na prática, das escolas de formação e dos contextos reais do trabalho.

No quadro 2 podemos observar as vantagens das estratégias para o ensino de comunicação de más notícias para futuros profissionais de saúde.

Quadro 2 – Vantagens das estratégias para o ensino de comunicação de más notícias para futuros profissionais de saúde

Estratégia	Vantagem
Aulas didáticas	Apresenta conceitos fundamentais a grande número de futuros profissionais
Discussão em pequenos grupos	Oportunidade de debater problemas, competências e preocupações
Simulações pelos pares	Prática de competências com feedback; oportunidade de vislumbrar a perspetiva do doente; oportunidade de discutir problemas, competências e preocupações
Momentos didáticos em situações clínicas reais	Contexto real; observação; demonstração e feedback

Adaptado de Rosembaum et al. (2004)

Neste sentido, o facto de os profissionais de saúde serem treinados durante a sua licenciatura para transmitir más notícias, vai fazer com que informem o doente e família de uma forma mais adequada, aumentando assim a sua satisfação e a do doente, promovendo essencialmente adesão ao tratamento ou uma melhor aceitação do seu estado de saúde (Arnold & Koczwara,2006).

A escola e os seus docentes precisam de aproximar os seus alunos (futuros profissionais de saúde) de novas formas de trabalho pedagógico, resultando posteriormente numa identidade profissional mais fortalecida aos profissionais de saúde.

Este novo ensino, deve ser pensado não só no presente mas também no futuro, devendo integrar um conjunto de habilidade, recursos formativos e conhecimentos que

permitam aos atores ser cidadãos e profissionais capazes de enfrentar os desafios da sua prática com inovação e criatividade (Sapeta,2003).

É importante o desenvolvimento de habilidades comunicacionais capazes de desencadear relações interpessoais com qualidade, através do percurso académico e dos contextos de trabalho. Uma equipa multidisciplinar com elevadas competências técnicas e científicas é aquela em que se entrecruza um perfil humanista, com habilidades comunicacionais e de relação terapêutica (Pereira,2008).

A comunicação interpessoal não é uma coisa simples, encontra-se presente em todos os momentos de atuação do profissional de saúde, daí a necessidade desse profissional desenvolver capacidades/ competências comunicacionais eficazes para poder prestar cuidados de forma adequada e aliviar o sofrimento dos doentes. Peterson e Carvalho (2011) encontram alguns sentimentos positivos e negativos no que concerne à prestação de cuidados levados a cabo pelos profissionais de saúde. Os sentimentos positivos têm a ver com a sensação de dever cumprido, estímulo de valorização da vida, felicidade, satisfação, sentimento de utilidade, etc. No que respeita aos sentimentos negativos, destacam-se a impotência, angústia, desmotivação pelo prognóstico, despreparo pela falta de formação e preparação durante o percurso académico, sofrimento, etc.

Neste sentido, pode-se concluir que o profissional de saúde necessita não só de adquirir o conhecimento da patologia em si, mas também a habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem possibilidade de cura. Assim, e seguindo a mesma linha de pensamento, considera-se a comunicação como um processo que pode e deve ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para tal, o profissional de saúde deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na comunicação de uma má notícia e na assistência ao doente.

1.6. Descrição das evidências

Procedemos a uma pesquisa nas bases de dados B-On, Biblioteca do Conhecimento Online, Scielo e ainda efetuamos pesquisa na Revista de Enfermagem UFPE On-line (Reuol), com uma limitação temporal desde o ano de 2007 até 2014. Utilizamos como descritores de busca as palavras Má Notícia; Comunicação; Cuidados Paliativos; Protocolo Spikes e Relação de Ajuda.

De forma a realizar a pesquisa e obter os artigos adequados à nossa questão de investigação, bem como aos objetivos do estudo, estabelecemos alguns critérios de inclusão e de exclusão, como se pode observar no Quadro III.

Quadro 3 – Critérios do estudo de Inclusão e Exclusão dos artigos de investigação

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Profissionais de saúde que comuniquem más notícias	Todos os profissionais que não sejam da área da saúde
Intervenção	Comunicação de más notícias, notícias difíceis	Todos os encontrados na pesquisa que não apresentem os estudos dos critérios de inclusão
Desenho	Estudos qualitativos e quantitativos	

Fonte: o autor.

Deste modo, de um total de 31 artigos sobre a Transmissão / Comunicação de Más Notícias, analisamos na íntegra 8 artigos sobre os estudos que entendemos serem relevantes para a análise e que passamos a descrever resumidamente nos quadros 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

Importa realçar que os artigos que foram surgindo durante a pesquisa retratavam a realidade brasileira, logo tivemos que limitar a análise a essa realidade, uma vez que foi o que encontramos durante a pesquisa.

Quadro 4 – Análise resumida do artigo 1

Autores/Ano	Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreolo PBA (2007)
Amostra/Participantes	
Objetivo (s)	Realizar uma revisão da literatura a fim de organizar as melhores informações no que se refere aos fatores associados às dificuldades em comunicar más notícias bem como os passos sugeridos para uma boa comunicação das mesmas.
Método	-Estudo de revisão; - Revisão bibliográfica.
Resultados	Constatou-se que os principais fatores que dificultam a

comunicação da equipa de saúde /médico, em comunicar más notícias são: preocupação em como a má notícia irá afetar o paciente; receio de causar dor ao paciente ou de ser culpado pelo mesmo; receio de falha terapêutica, de dizer “ não sei” e de expressar as suas emoções.

Para facilitar a comunicação de más notícias, os estudos sugerem: estabelecer uma relação médico equipa de saúde- paciente adequada; perceber o que é que o doente quer saber; encorajar as emoções; prestar atenção /cuidado para com a família; trabalhar os próprios sentimentos.

Os estudos demonstram que a educação focada no desenvolvimento de habilidade em comunicar más notícias por parte dos estudantes pode contribuir para uma eficácia na transmissão das mesmas.

Fonte: o autor

Quadro 5 – Análise resumida do artigo 2

Autores/Ano	Borges Moema; Freitas Graciele; Gurgel Widoberto (2012)
Amostra/Participantes	15 Profissionais de saúde (6 enfermeiras, 5 médicos, 2 psicólogas e 2 assistentes sociais)
Objetivo (s)	Este artigo pretendeu conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação de más notícias
Método	-Método Qualitativo; - Entrevista semiestruturada e levantamento documental
Resultados	Verifica-se que os participantes não se sentem preparados para comunicar más notícias e reconhecem quais são os seus limites, medos e ansiedade. Referem que durante a licenciatura não foram devidamente preparados para lidar com as emoções e sentimentos dos doentes perante a doença e a morte. Entendem que é através das discussões de caso, na equipa de saúde, que muitas vezes procuram apoio. Para a comunicação de uma má notícia sugerem a criação de ambiente privativo, seguro e confortável nos quais os doentes e familiares possam sentir-se acolhidos durante essa comunicação. Há necessidade de abordar o tema durante a formação e prática profissional. É bastante recomendável o desenvolvimento de comportamentos comunicacionais capazes de desencadear relações interpessoais com qualidade.

Fonte: autor.

Quadro 6 – Análise resumida do artigo 3

Autores/Ano	Lino Carolina; Augusto Karine; Oliveira Rafael; Feitosa Leonardo; Caprara Andrea (2010)
Amostra/Participantes	Vinte estudantes de ambos os sexos (alunos de uma turma do quarto semestre do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará, que estudaram o modelo Spikes no terceiro semestre, na disciplina de Ciências Sociais, no ano de 2007).
Objetivo (s)	Avaliar o uso do modelo Spikes para o ensino de habilidades comunicacionais na transmissão de más notícias entre alunos de Medicina do terceiro semestre da Universidade Estadual de Ceará (Uece); Identificar as possíveis falhas do método, sua aplicabilidade

	no meio e a aceitação dos alunos diante o que foi exposto; levantar discussão em torno do tema da transmissão de más notícias e do ensino de habilidades comunicacionais na Medicina.
Método	- Método Qualitativo (análise de conteúdo); - Entrevistas abertas (duas questões)
Resultados	Os resultados mostram que a maioria dos alunos encarou o protocolo de forma positiva. Consideram os seis passos do modelo como um guia facilitador na transmissão de uma má notícia. Os passos foram considerados didáticos, e a maioria dos estudantes dominava o assunto. Os estudantes levantaram questões pertinentes ao considerarem que os seis passos podem travar a liberdade do médico ao transmitir a má notícia. Esta questão chama a atenção para que se insista neste aspeto durante o curso e se enfatize a importância de adaptação a cada situação. A aplicação das perguntas serviu também como uma revalidação e discussão do tema. De uma forma geral, o protocolo Spikes é considerado válido, apesar de serem consideradas possíveis limitações, com a necessidade de ser individualizado e adaptado a cada situação.

Fonte: autor.

Quadro 7 – Análise resumida do artigo 4

Autores/Ano	Trindade Etelvino; Azambuja Leticia; Andrade Jeison; Garrafa Volnei (2007)
Amostra/Participantes	38 Médicos responsáveis por pacientes com neoplasias malignas num hospital terciário
Objetivo (s)	Avaliar a postura médica frente á informação do diagnóstico e prognóstico de cancro aos pacientes, familiares ou ambos, incluindo uma análise bioética do conflito verificado entre beneficência, respeito à autonomia do paciente e paternalismo.
Método	-Método Quantitativo; -Questionário
Resultados	Nos dados obtidos verificou-se, que 97,4% dos médicos informam sobre o diagnóstico ao paciente frequentemente ou sempre. Em relação à informação sobre o prognóstico fatal, os que comunicam apenas à família e não ao doente foram 63,1%, enquanto 31,6% preferem passar a informação diretamente ao paciente. Na impossibilidade de recursos curativos, as atitudes dos profissionais tornam-se conflituosas no que concerne aos princípios da beneficência e autonomia. O número de médicos que acreditam no paternalismo como forma de beneficência é ainda significativo. A atitude paternalista emerge quando os recursos terapêuticos se tornam ineficazes. Realça-se que há o início de uma postura dos profissionais de saúde no sentido de caminhar da ética médica tradicional para a bioética.

Fonte: autor.

Quadro 8 – Análise resumida do artigo 5

Autores/Ano	Lech Simone; Destefani Amanda; Bonamigo Elcio (2013)
Amostra/Participantes	40 Médicos (o género masculino prevaleceu com 82,5 % de participantes e a média de idade alcançou 44.3 anos)
Objetivo (s)	Avaliar as habilidades e dificuldades dos médicos do corpo clínico de um hospital universitário em comunicar aos doentes as más notícias sobre a sua saúde, bem como o ser conhecimento sobre o Protocolo de Spikes.
Método	-Método Quantitativo (estudo descritivo e transversal); - Questionário com perguntas sociodemográficas e escala de Likert
Resultados	Os entrevistados indicam que transmitem más notícias aos pacientes com bastante frequência (60%); 55% consideram boa a sua habilidade de comunicação. O protocolo de Spikes é desconhecido por 60 %, mas a utilização de um protocolo para essa finalidade foi considerada importante por 55% dos participantes. A maioria dos médicos entrevistados transmite más notícias aos pacientes com frequência, mas não recebeu formação suficiente durante a sua licenciatura e desconhece a utilização de Protocolo de Spikes.

Fonte: autor.

Quadro 9 – Análise resumida do artigo 6

Autores/Ano	Pereira Ana; Forte Isa; Mendes João (2013)
Amostra/Participantes	Enfermeiros, pacientes adultos e suas famílias
Objetivo (s)	Analisar se as estratégias de comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde ao paciente adulto e sua família são adequadas.
Método	Revisão sistemática da literatura
Resultados	Constatou-se que não existe uma regra para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas características e a atuação dos profissionais de saúde deve ser adequada a cada situação. A comunicação de uma má notícia é uma das tarefas mais difíceis na prática clínica dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Devido à relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro e o paciente, este desempenha um papel muito importante no momento de comunicar uma má notícia.

Fonte: autor.

Quadro 10 – Análise resumida do artigo 7

Autores/Ano	Geovanini Fátima; Braz Marlene (2013)
Amostra/Participantes	15 Médicos oncologistas, de ambos os sexos, com residência, especialização ou pós-graduação em oncologia clínica ou cirúrgica, exercendo na cidade do Rio de Janeiro durante o ano de 2010
Objetivo (s)	Identificar os conflitos éticos vividos por oncologistas na comunicação de diagnósticos de cancro, analisando os problemas desencadeados pelas más notícias.
Método	- Método qualitativo; - Entrevista semiestruturada
Resultados	Os 15 oncologistas relataram que a comunicação do diagnóstico de cancro é considerada uma difícil tarefa devido à ausência de investimentos para o desenvolvimento das habilidades de

comunicação no percurso académico; ao simbolismo do cancro; à presença de fantasias relacionadas ao conhecimento do diagnóstico e a dificuldades na abordagem da morte.
 Os principais conflitos éticos por eles citados durante as entrevistas passam pela justa adequação moral do uso da verdade na comunicação, se esta é uma ação beneficente para o paciente, e ao manejo com a família na relação médico-paciente.
 Observou-se que os problemas éticos desencadeados decorrem, em relações paternalistas com interferência na autonomia do paciente.

Fonte: autor.

Quadro 11 – Análise resumida do artigo 8

Autores/Ano	Neto José; Sirimarco Mauro; Cândido Társsius; Bicalho Thais; Matos Bruno; Berbert Gabriela; Vital Leandro (2013)
Amostra/Participantes	501 Participantes, sendo 45,90% (n= 230) do género masculino e 54,10% (n=271) do feminino.
Objetivo (s)	Avaliar a qualidade da comunicação da má notícia segundo a visão do paciente.
Método	-Método Quantitativo; -Estudo transversal e exploratório; -Questionário
Resultados	Em 10% a notícia foi dada por o profissional não médico, 5% por telefone e 17% em local não reservado; cerca de 1/3 da amostra considera que o profissional não está preparado para comunicar uma má notícia; 60% dos ouvintes consideravam-se desprezados para receberem a notícia. A sinceridade e tranquilidade foram os critérios citados como importantes no receber da má notícia.

Fonte: autor.

Capítulo 2 - Metodologia

2.1. Justificação da Relevância do Estudo

No que concerne à escolha do tema “ Comunicação de Más Notícias em contexto Cuidados Continuados”, para a presente investigação, baseamos nos pela escassez de investigação no contexto dos cuidados continuados e também pelo nosso forte interesse pessoal no tema. Na nossa opinião, este tema é de extrema importância, uma vez que:

- Cada vez mais é uma prática frequente para os profissionais de saúde, a transmissão de uma má notícia. Diversas vezes temos, por exemplo, de informar um doente que sofre de uma doença crónica ou que sofre de uma doença com prognóstico.
- Durante o nosso percurso académico não desenvolvemos o protocolo SPIKES na área da comunicação de más notícias e quando confrontados no contexto de trabalho com a tarefa de comunicar uma má notícia, não estamos preparados nem sabemos os passos corretos para a transmitir. O facto de não informarmos de uma forma correta pode gerar sofrimento adicional desnecessário ao doente, assim como afetar a relação profissional de saúde/doente. Por sua vez, se soubermos como transmitir uma má notícia, vamos diminuir o impacto no momento da transmissão, permitindo ao doente ir assimilando a notícia, assim como fortalecermos a relação profissional de saúde/ doente, assente essencialmente na confiança e respeito.

2.2. Questão de partida e Objetivos

A questão de partida que norteou a nossa pesquisa: **Que estratégias utilizam os profissionais de saúde na comunicação das más notícias?**

Como objetivos gerais delineamos os seguintes:

- **Analisar os conhecimentos dos profissionais de uma equipa de Cuidados Continuados acerca da transmissão de más notícias;**
- **Elaborar um protocolo de transmissão de más notícias, baseado na revisão da literatura e aplicado aos Cuidados Continuados.**

2.4. Tipo de estudo

O método de investigação utilizado neste estudo seguiu o paradigma quantitativo. O tipo de estudo foi um estudo de caso, descritivo-observacional, num plano transversal.

Yin (1994) descreve estudo de caso como “uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores” (p. 13). Assim, ainda segundo o mesmo autor define-se “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. Coutinho (2003) acrescenta que quase tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade.

Pollit e Hungler (1994) referem que o estudo descritivo “traduz-se pela procura descritiva, isto é uma procura que se encaminha principalmente na descrição dos fenómenos” (p.18).

O método quantitativo é o método por excelência de extrapolação de resultados e é sob a sua égide que os fenómenos são mais facilmente mensuráveis. Um dos instrumentos de recolha de dados mais utilizados no método quantitativo é o questionário (Hill & Hill, 2009). Ainda de acordo com os mesmos autores, é muito fácil elaborar um questionário mas não é fácil elaborar um bom questionário. Um dos pressupostos fundamentais para a elaboração de um bom questionário é a correta formulação da questão problema de investigação e hipóteses, bem como a operacionalização de variáveis. O método quantitativo exige um domínio considerável dos vários ângulos do fenómeno e mais que isso, é possível que aquando de uma nova investigação acerca dele, este já tenha sido estudado sob diferentes perspetivas, tornando possível a comparação com outros estudos (Hill & Hill, 2009).

O questionário utilizado neste estudo foi elaborado com recurso à pesquisa bibliográfica e foi aplicado nos meses de Abril a Maio de 2015, pelo que o método assume um caráter transversal, em que é realizada uma “radiografia” de um momento isolado no tempo (Hill & Hill, 2009). Segundo Vilelas (2009), estudos transversais, são estudos efetuados numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou num ponto específico do tempo.

Este estudo foi também observacional, uma vez que a investigação não envolveu intervenção sobre os indivíduos em estudo, mas antes uma observação destes e das suas características.

2.5. População

Segundo Fortin (2000), a população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Assim, a população alvo desta investigação foram todos os profissionais de saúde (n=32), nomeadamente médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga clínica, que se encontravam a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça, durante os meses de Março a Maio de 2015. Importante referir que a recolha de dados foi realizada segundo um método probabilístico, em que foram colhidos todos os dados da população, motivo este justificado por todos os inqueridos serem selecionados devido ao facto de exercerem funções na UCCI de Murça.

Para a escolha da população estudada, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

- Profissionais de saúde a exercer funções na UCCI de Murça que estivessem em contato direto com os utentes e que aceitassem participar voluntariamente no questionário aplicado.

- Foram excluídos da investigação profissionais de saúde da UCCI de Murça que se encontravam fora do serviço por motivo de férias, doença ou licença de maternidade/paternidade.

2.6. Instrumento de Colheita de Dados

Para o presente estudo, consideramos que o instrumento mais adequado para a colheita de dados seria o questionário. Tem a vantagem de poder ser respondido onde e quando o participante escolher.

A escolha relativamente ao Instrumento de recolha de dados (IRD), deveu-se também ao facto de ser uma técnica de observação indireta e consideramos que seria mais pertinente a utilização deste método, uma vez que os profissionais de saúde da UCCI de Murça estariam mais à vontade para responder ao questionário, tendo em conta o carácter anónimo e confidencial do mesmo.

É importante referir que este questionário permitiu-nos fazer um diagnóstico sobre a forma que os profissionais de saúde transmitem as más notícias

O questionário elaborado é composto por uma primeira parte de informação sociodemográfica, onde se procede a recolha de informação relativa à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, ano de término da licenciatura, experiência profissional e tempo de exercício no atual serviço. A segunda parte (escala ordinal tipo Likert) é composta por questões de respostas fechadas (1-5) com as quais se pretende entender, o comportamento efetivo dos profissionais de saúde da UCCI de Murça na transmissão de uma má notícia; as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias e se têm a perceção de que os utentes e suas famílias desejam ser informados sobre o conteúdo das mesmas.

O questionário encontra-se em anexo (anexo 3).

2.7.Considerações éticas

Para todos os procedimentos do referido estudo foi solicitada autorização para o questionário aplicado, uma vez que “ qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético” (Fortin, 1999,p.261).

Para a formalização da aplicação do IRD (Instrumento de Recolha de Dados) aos profissionais de saúde a prestar serviço na UCCI de Murça foi necessário divulgar o estudo junto da Unidade e formalizar o convite à participação no mesmo. Assim, solicitamos à Unidade (SCM), nomeadamente ao Provedor, e Diretora Técnica (da UCCI de Murça), autorização para aplicação do questionário (anexo 1).

Após obtida a autorização institucional (anexo 2), foi preservado o anonimato e a confidencialidade das fontes. No momento da entrega do questionário, procedemos à clarificação dos objetivos do estudo, em que consistia a participação e a sua confidencialidade, para que o profissional de saúde pudesse decidir livremente. Esclarecemos o direito de não-aceitação se assim o entendessem, sem qualquer repercussão negativa para os próprios.

Durante toda a redação do relatório de investigação fomos rigorosos, mantendo a fidelidade em relação aos resultados obtidos e às conclusões apresentadas, evitando qualquer tipo de referência que permitisse identificar os participantes do estudo.

Verificou-se total receptividade e pronta colaboração por parte dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça.

2.8. Tratamento estatístico

Os dados recolhidos foram organizados numa base de dados informatizada e toda a análise estatística concretizou-se utilizando o programa SPSS (versão 22) (IBM Corporation, 2003).

Para análise dos mesmos utilizamos a estatística descritiva de forma a descrever e sumariar toda a informação para melhor perceção e interpretação da investigação.

2.9. Apresentação, análise e discussão dos resultados

▪ **Parte I do questionário** - Caraterização dos participantes

Como podemos observar na tabela I, participaram neste estudo um total de 32 profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça com idades compreendidas entre os 22 e os 51 anos ($M= 31.76$, $DP= 5.15$). Mais de metade da equipa é composta maioritariamente por profissionais do sexo feminino (71.9%).

A equipa é composta maioritariamente por enfermeiros (59.4%), um dos quais é o diretor técnico. A equipa tem seis médicos (18.8%), um fisiatra, um cirurgião geral, dois internistas, um pneumologista e um ortopedista. Os restantes profissionais são três fisioterapeutas (9.4%), uma terapeuta da fala (3.1%), uma terapeuta ocupacional (3.1%), uma assistente social (3.1%) e uma psicóloga clínica (3.1%).

Mais de metade dos elementos da equipa são solteiros (54.8%), seguem-se os casados (35.5%) ou em união marital (6.5%) e apenas um divorciado.

Os inquiridos são maioritariamente licenciados (71.9%), seguida pelos profissionais com licenciatura e especialidade (12.5%), pela pós-graduação (6.3%) e depois pelos elementos com mestrado (3.1%), pós-graduação e especialidade (3.1%) e mestrado e especialidade (3.1%).

Como se pode observar na tabela I, o tempo médio na profissão é de 7.16 anos ($DP= 4.47$), com mínimo de sete meses e máximo de 25 anos. O tempo médio no serviço atual foi de 5.68 anos ($DP= 3.02$), com mínimo de 7 meses e máximo de 12 anos.

Tabela 1: Caraterização da amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	9	28.1%
Feminino	23	71.9%
Profissão		
Enfermeiro(a)	19*	59.4%

Médico	6**	18.8%
Fisioterapeuta	3	9.4%
Terapeuta da fala	1	3.1%
Terapeuta ocupacional	1	3.1%
Assistente Social	1	3.1%
Psicóloga clínica	1	3.1%
Estado civil		
Casado	11	35.5%
Solteiro	17	54.8%
União marital	2	6.5%
Divorciada	1	3.2%
Habilitações académicas		
Licenciatura	23	71.9%
Pós graduação	2	6.3%
Mestrado	1	3.1%
Pós graduação e especialidade	1	3.1%
Licenciatura e especialidade	4	12.5%
Mestrado e especialidade	1	3.1%
	M	DP
Idade	31.76	5.15
Tempo de profissão (anos)	7.16	4.47
Tempo de no atual serviço (anos)	5.68	3.02

*Um dos quais é o Diretor técnico

**Um fisiatra, um cirurgião geral, dois internistas, um pneumologista e um ortopedista

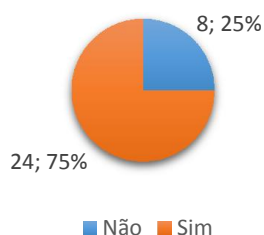
Respostas da Parte II do questionário

A comunicação das más notícias na área da saúde é ainda pouco aprofundada, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Quando existe a necessidade de transmitir uma má notícia, esta pode desencadear situações geradoras de grande perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer no profissional de saúde que a transmite.

De acordo com o estudo efetuado e conforme podemos verificar no gráfico 1, constata-se que 75% dos profissionais de saúde sentem-se preparados para comunicar más notícias, enquanto 25 % não se sentem preparados.

Gráfico 1 – Resposta dos inquiridos à questão nº1 do questionário

“Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias?”



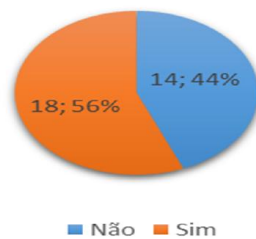
Henrique Jesus (2007) salienta que é importante que todo o profissional de saúde desenvolva habilidades e competências comunicacionais desde o percurso académico e durante a prática para lidar com a transmissão de más notícias, visto que esta tarefa requer treino e perícia.

Após a análise da resposta dos inquiridos à questão *“Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias?”* e como podemos verificar no gráfico 2, 56% dos profissionais de saúde (mais de metade da equipa) teve formação em comunicação de más notícias durante o seu percurso académico.

Farber (2002 como citado em Victorino, Nisenbaum & Andreoli, 2007) refere que se existir formação durante o percurso académico para lidar com a situação de transmitir más notícias, os profissionais de saúde estarão mais aptos para comunicar. O estudo de Brown et al. (1999) dá ênfase ao papel da formação no reforço da confiança dos profissionais de saúde.

Gráfico 2 – Resposta dos inqueridos à questão nº 2 do questionário

“Durante o seu percuso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias?”



É de extrema importância, transmitir competências de comunicação a todos os profissionais de saúde, nomeadamente na transmissão de más notícias, uma vez que ao suprimir os mesmos, a serem dotados dessa competência, vão melhorar a sua própria confiança. São diversos os estudos que demonstram que uma eficaz qualidade de comunicação não ocorre apenas com o acumular da experiência clínica (Fallowfield et al., 2002,p.297-303).

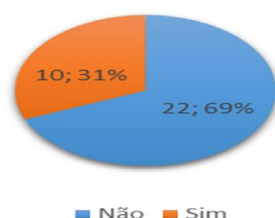
Neste sentido, o facto de os profissionais de saúde serem treinados durante o seu percurso académico no que concerne à tarefa de transmitir uma má notícia, vai fazer com que informem o doente /família de uma forma mais adequada e correta, contribuindo para o aumento da sua satisfação pessoal e profissional e a do doente,

promovendo essencialmente adesão ao tratamento ou uma melhor aceitação do seu estado de saúde (Arnold & Koczwara, 2006).

Junto dos profissionais de saúde procurámos também *saber se estes têm feito formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias que favoreçam o desenvolvimento de competências nesta área*. Verificámos que apenas 31 % continuou a participar em momentos formativos em que estas questões foram abordadas (gráfico 3).

Gráfico 3 – Respostas dos inquiridos à questão nº 4

“Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias?”



O desenvolvimento de habilidades comunicacionais não só durante o percurso académico como também a aposta numa formação contínua dos profissionais de saúde é essencial para uma eficaz prestação da informação e qualidade dos cuidados (Gonçalves, 2013).

Os inquiridos quando questionados “*Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias?*”, todos (100%) responderam que é necessária mais formação no aperfeiçoamento e habilidade na comunicação de más notícias (gráfico 4).

Gráfico 4 – Resposta dos inquiridos à questão nº 20 do questionário

“Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias?”

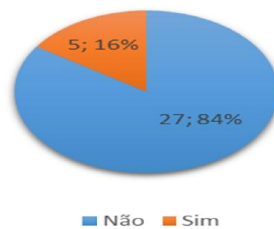


Conforme se verifica no gráfico 5, a grande maioria dos profissionais acredita que a comunicação de más notícias não é uma vocação que nasce com a pessoa (84%).

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

Gráfico 5 – Respostas dos inquiridos à questão nº 16 do questionário

“Na sua opinião a tarefa de transmitir uma má notícia é uma vocação que nasce com a pessoa?”

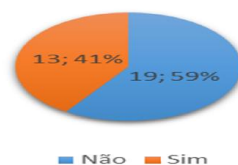


Os inquiridos quando questionados relativamente à questão nº 17 do nosso questionário “*No exercício da sua profissão, procura não contar a verdade toda sobre o conteúdo da notícia a transmitir sob pena de o estado físico e emocional do doente piorar?*”, 59 % dos profissionais responderam não o fazer, ao passo que 41% referiu que omite a informação ao doente sob pena de o estado físico e emocional deste piorar (Gráfico 6).

A maioria dos doentes prefere obter toda a informação possível relativamente ao seu estado de saúde, diagnósticos, tratamentos, resultados de exames e participar ativamente no processo de tomada de decisão acerca do tratamento. O doente que é informado aceita melhor os tratamentos e tem um melhor controlo sobre os seus sintomas e em consequência consegue atingir uma melhor qualidade de vida (Chris, 2006).

Gráfico 6 – Resposta dos inquiridos à questão nº 17 do questionário

“No exercício da sua profissão, procura não contar a verdade toda sobre o conteúdo da notícia a transmitir sob pena de o estado físico e emocional do doente piorar?”



Diversos estudos realizados revelam que a maioria dos doentes / famílias prefere obter toda a informação possível relativamente à sua condição médica e participar ativamente no processo de tomada de decisão acerca do tratamento (Jenkins et al., 2001; Fallowfield et al., 2002; Marwit & Datson, 2002). Os mesmos estudos referem ainda, que os doentes informados, apresentam menor nível de ansiedade e depressão, enquanto doentes que lhe é omissa a informação, apresentam níveis elevados de depressão e decepção.

Os inquiridos na questão nº9 do questionário “*No exercício da sua profissão, verifica que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia?*”, dividiram-se ao afirmar que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia, com 43,8% a referirem que isso é verdade algumas vezes e 40,6% a afirmarem que isso é verdade na maioria das vezes (quadro 2).

Um estudo realizado por Martins (2008), com 59 enfermeiros a exercer funções com doentes oncológicos, demonstrou que o direito do doente em ser informado sobre a sua situação de saúde e a dar ou recusar o seu consentimento antes de qualquer ato médico são de importância fundamental, contudo, a maioria dos profissionais não o respeita.

Verificamos nas respostas à questão nº7 “*No exercício da sua profissão, procura evitar transmitir uma má notícia?*”, que evitar transmitir uma má notícia é feito na maioria das vezes por 28,1 % dos inqueridos, algumas vezes por 21,9% e poucas vezes por 37,5% dos profissionais de saúde. Nos extremos está um profissional que diz evitar sempre e 9,4 % que referem nunca evitar (quadro 2).

Frequentemente verifica-se que os profissionais de saúde tendem a evitar transmitir uma má notícia pelo facto de pensarem que ao revelar a verdade podem estar a destruir a esperança do doente /família. Os estudos de Chris (2006), Pereira (2008) e Soares (2007), afirmam que a não comunicação de uma má notícia ao doente, irá conduzir este a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao seu prognóstico, assim como a uma insegurança na sua relação com o profissional de saúde.

Na opinião de Martins (2008, citado em Gonçalves, 2013, p. 430), o facto de o doente não ser o titular da informação, revela por parte dos profissionais de saúde “alguma tendência paternalista assim como uma tentativa de delegar um ato que lhes pode ser penoso. Por outro lado, revela também o seu lado humanista, requisitando para

o processo aqueles que, em princípio, serão os elementos de referência para a pessoa doente, os seus pilares de suporte”.

A forma como é transmitida a informação ao doente / família e a adaptação dos mesmos, vai depender do trabalho da equipa multidisciplinar de forma eficaz e através da conjugação dos vários saberes e domínios de intervenção.

Podemos constatar na resposta à questão nº 3 *“ Considera que as discussões de caso entre os membros da equipa de saúde ajudam quando tem que transmitir uma má notícia?”* é, segundo os inquiridos, importante na comunicação de más notícias, uma vez que 53,1% responderam na maioria das vezes e 31,3% responderam sempre (quadro 2).

Segundo a OMS (1988), quando o profissional de saúde comunica uma má notícia ao doente, esta situação vai requerer a participação ativa de toda a equipa multidisciplinar, tendo estes como objetivos trabalhar em equipa; a compreensão e aceitação de papéis e funções de cada um; rede e comunicação circular, aberta; confiança mútua, etc.

Trabalhar em equipa multidisciplinar significa que os diversos profissionais de saúde revelam empenho e vontade em alcançar os objetivos em cuidados de saúde, exercendo a sua autonomia e responsabilidade profissional, reconhecendo simultaneamente a sua interdependência, as suas limitações e a importância da atuação dos outros. A par disto, é necessário um ambiente de cooperação e definição clara dos objetivos a atingir, assim como das estratégias para tal (Bolander,1998).

Os resultados obtidos no que concerne à questão nº5, *“ Quando tem de transmitir uma má notícia prepara antecipadamente alguma estratégia?”*, revelam que 15,6% dos profissionais poucas vezes o fazem e 25% fazem algumas vezes. Ainda assim 46,9% referiu que prepara uma estratégia para a comunicação de más notícias e 9,4% afirma fazê-lo sempre (quadro 2).

Quanto à questão nº6 do questionário *“No exercício da sua profissão, procura criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando tem de comunicar uma má notícia?”*, os inquiridos responderam que é prática comum em 84,4 % dos inquiridos (quadro 2). Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Jesus (2004): *“ Transmissão de uma má notícia deve ser alvo de preparação prévia, quando possível, efetuada num ambiente de privacidade, que se valide quem deve estar presente, no tempo adequado (...)”*. Buckman (1992) refere no seu protocolo que a

comunicação de más notícias deve ser dada pessoalmente e num local acomodado onde haja privacidade cuidada.

No estudo de Pereira (2008), esta refere que a notícia deve ser dada de forma clara, gradativa e aberta, adaptada à vontade, personalidade e compreensão manifestada pelo doente.

Os profissionais de saúde do nosso estudo, quando questionados “ (...) *tem de comunicar uma má notícia procura usar linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo a que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido?*”, todos concordam que as más notícias devem ser transmitidas de forma clara e quase todos referem que “ *após comunicação de uma má notícia procuram responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao utente/familiar de assimilar tudo o que foi transmitido*” (quadro 2).

Sancho (2000) e Watson (2008) referem que após a revelação de uma má notícia os profissionais de saúde devem procurar responder a todas as questões e dúvidas do doente e família, assim como dar tempo aos mesmos de assimilar toda a informação que foi transmitida.

É necessário que a informação seja repetida mais do que uma vez, visto que os doentes tendem a reconstruir a informação com base em outras que já tinham anteriormente (Colón, 1995).

No estudo realizado por Santos (2000), verifica-se que é através da relação interpessoal, na sua vertente de relação de ajuda, que o profissional de saúde desenvolve um processo de comunicação, estabelecendo princípios de aceitação, respeito pelo outro e de autonomia, confiança mútua, segurança efetiva. Phaneuf (2005) refere ainda que a “ relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz o profissional”. Ainda segundo esta autora, a presença é uma das atitudes importantes para estabelecer relação de ajuda entre o profissional e doente/família. Isto porque, a presença é um estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva e calorosa graças ao qual o profissional que ajuda fica em alerta às necessidades do doente a prestar ajuda.

No que se refere ao *profissional de saúde procurar manter uma relação de proximidade para com o doente/família*, 46,9% referem que mantêm na maioria das vezes e 28,1% afirmam que sempre (quadro 2).

Quadro 12 – Respostas dos inquiridos às questões sobre a transmissão de más notícias

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
Questão nº3- Considera que as discussões de caso entre os membros da equipa de saúde ajudam quando tem que transmitir uma má notícia?	0 (0%)	1 (3.1%)	4 (12.5%)	17 (53.1%)	10 (31.3%)
Questão nº5- Quando tem que transmitir uma má notícia prepara antecipadamente alguma estratégia?	1 (3.1%)	5 (15.6%)	8 (25%)	15 (46.9%)	3 (9.4%)
Questão nº 6- No exercício da sua profissão, procura criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando tem de comunicar uma má notícia?	0 (0%)	3 (9.4%)	2 (6.3%)	16 (50%)	11 (34.4%)
Questão nº 7- No exercício da sua profissão, procura evitar transmitir uma má notícia?	3 (9.4%)	12 (37.5%)	7 (21.9%)	9 (28.1%)	1 (3.1%)
Questão nº 9- No exercício da sua profissão, verifica que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia?	0 (0%)	3 (9.4%)	14 (43.8%)	13 (40.6%)	2 (6.3%)
Questão nº 10- Quando tem de comunicar uma má notícia procura usar uma linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido?	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (53.1%)	15 (46.9%)

Questão nº 11- Após a comunicação de uma notícia procura responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao utente/familiar de assimilar tudo o que foi transmitido?	0 (0%)	1 (3.2%)	0 (0%)	15 (48.4%)	15 (48.4%)
---	--------	----------	--------	------------	------------

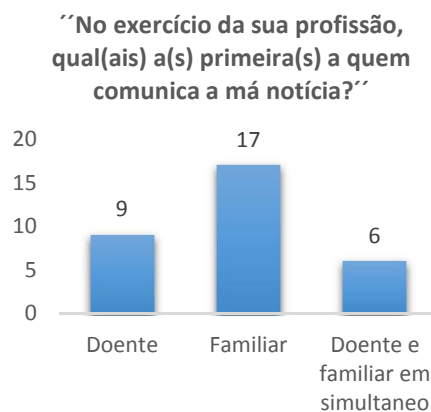
Questão nº 14- Enquanto profissional de saúde, procura manter uma relação próxima com o doente, apesar de reconhecer que pode deste modo estar mais exposto à dor da perda, quando esta ocorre?	0 (0%)	3 (9.4%)	5 (15.6%)	15 (46.9%)	9 (28.1%)
---	--------	----------	-----------	------------	-----------

Fonte: o autor

Na resposta à questão nº 12 “*No exercício da sua profissão, qual (ais) a (s) primeira (s) pessoa (s) a quem comunica a má notícia?*”, verificamos que 17 profissionais (53,1%) afirmam que falam primeiro com a família, nove (28,1%) referem que se dirigem primeiro ao doente e os restantes seis (18,8%) comunicam ao doente e sua família em simultâneo (gráfico7).

Segundo Leal (2013),a má notícia só pode ser comunicada à família do doente depois do consentimento deste. O profissional de saúde não se deve esquecer que o seu primeiro dever é com o doente. Por isso, o doente é que deve decidir o que deseja saber ou não e a quem deve ser comunicada notícia.

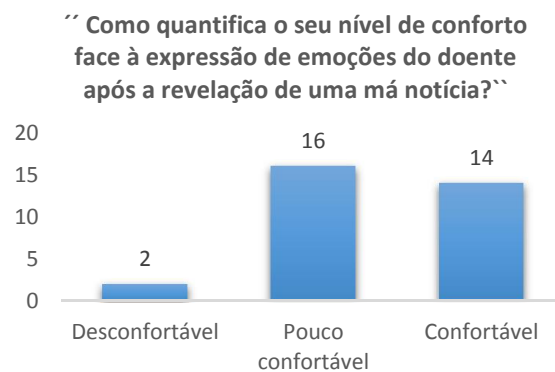
Gráfico 7 – Processo de comunicação de má notícia



A transmissão de uma má notícia causa, na maioria das vezes, desconforto tanto no doente como no profissional de saúde daí a sua complexidade. Em algumas 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 profissional de saúde, porque este tem a noção exata de que induz sofrimento acrescido com quem assumiu um compromisso (Buckman, 1992).

Os profissionais de saúde, quando questionados *“ Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia?”*, responderam na maioria (50%) sentir-se pouco confortáveis enquanto 43,8% referiu sentir-se muito confortável. Dois elementos referiram desconforto (gráfico 8).

Gráfico 8 – Conforto perante expressão do doente



Relativamente às respostas à questão nº 8, *“Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de comunicação de más notícias?”* estas foram medidas entre os níveis *“ menos difícil”* e *“ mais difícil”*.

Os inquiridos revelaram que a maior dificuldade (tabela 2) está em *“lidar com as emoções do doente”* (M=3.93, DP=1.25). De seguida surge *“ ser honesto com o doente sem lhe retirar a esperança”* (M= 3.14, DP=1.66) e depois *“ envolver o doente ou um familiar na tomada de decisão”* (M=3.10, DP=1.11). Por outro lado, os profissionais de saúde encaram como mais fácil o *“envolvimento de amigos e familiares”* (M=2.66, DP=0.97) e ainda mais fácil *“ conseguir o tempo adequado para informar”* (M=2.17, DP=1.44).

A comunicação de uma má notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais. Segundo Buckman (1984), o profissional de saúde demonstra diversas

dificuldades entre elas: medo da reação emocional do doente (medo, desgosto, raiva, culpa, agressividade, tristeza, choro); medo de retirar a esperança ao doente; medo de envolver o doente e família na tomada de decisões; medo do desconhecido e do não-aprendido, etc.

Tabela 2: Dificuldades no processo de comunicação de más notícias apontadas pelos inquiridos

	M	DP
Ser honesto com o doente sem lhe retirar a esperança	3.14	1.66
Lidar com as emoções do doente	3.93	1.25
Conseguir o tempo adequado para informar	2.17	1.44
Envolver amigos e familiares do doente	2.66	0.97
Envolver um doente ou um familiar na tomada de decisão	3.10	1.11

É normal, nos dias de hoje, verificar-se que há familiares que solicitam ao profissional de saúde que modifique a sua comunicação com o doente. Quando isto sucede o profissional deve explicar ao familiar, que a informação do estado de saúde do doente será dada com toda a atenção e cuidado necessário, com linguagem adequada e na quantidade que o doente desejar e com acompanhamento ao longo de todo o processo. Esta explicação leva a que muitas famílias entendam de uma forma mais correta a importância do doente ser informado (Nunes,2006).

Na tabela 3 pode verificar a resposta à questão nº 18 *“Enquanto profissional de saúde, já aconteceu mudar a sua comunicação com o doente por causa de um pedido da família?”*. Após a análise da referida tabela, constatamos que a mudança da comunicação com o doente a pedido da família é realizada de forma esporádica por 40.6% dos inquiridos e algumas vezes por 43,8% destes. Três profissionais de saúde (9.4%) nunca mudam a forma de comunicar com base no pedido das famílias e dois (3.3%) fazem-no frequentemente.

Ramos (2008) salienta que diversos estudos evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida. Ainda segundo o mesmo autor, o facto de fornecer informação aos doentes, envolvendo-os, comunicando com eles, satisfaz várias necessidades, nomeadamente ao nível psicológico (p.108).

Tabela 3: Resposta dos inquiridos à questão nº 18

Mudança da comunicação com o doente a pedido da família	n	%
Nunca	3	9.4%
Esporadicamente	13	40.6%
Algumas vezes	14	43.8%
Frequentemente	2	6.3%

Uma vez que a tarefa de comunicar más notícias é difícil para a maior parte dos profissionais de saúde, diversos autores criaram e desenvolveram estudos e posteriormente modelos para facilitar a transmissão dessa informação (Lech, Destefani & Bonamigo, 2013,p.70). O protocolo “SPIKES” e o protocolo de Buckman propõem linhas orientadoras para facilitar ao profissional de saúde o fluir da comunicação e transmissão de más notícias.

No que concerne à questão nº 19, *sobre a opinião acerca do uso de protocolos de comunicação de más notícias*, mais de metade dos profissionais (65.6%) entende que é útil e 15.6% refere muita utilidade na sua utilização. Apenas um dos elementos (3.1%) inquirido não vê qualquer utilidade nos protocolos de comunicação de más notícias e 15.6% entende que são pouco úteis (tabela 4).

Os protocolos são uma forma especializada de treinamento de habilidades de comunicação profissional de saúde/doente/família. Segundo Pereira (2008),essas mesmas habilidades vão dar apoio e auxílio ao profissional aquando a transmissão de uma má notícia, facultando a intervenção psicológica essencial para a redução do sofrimento no doente.

“Há necessidade de abordagem sobre o tema durante a formação e prática profissional. É bastante recomendável a implantação de um protocolo para esta informação, buscando favorecer um cuidado integral e humanizado.” (Borges, Freitas & Gurgel, 2012).

Tabela 4: Opinião dos inquiridos acerca do uso de protocolos de comunicação de más notícias

Opinião sobre o uso de protocolos de más notícias	n	%
Nada úteis	1	3.1%
Pouco úteis	5	15.6%
Úteis	21	65.6%
Muito úteis	5	15.6%

Através dos resultados obtidos, da sua análise e discussão, conseguimos entender quais os conhecimentos que os profissionais de saúde têm sobre o processo de comunicação de más notícias, assim como as principais dificuldades referidas por estes mesmos profissionais. Com a realização deste estudo, conseguimos traçar linhas orientadoras para a elaboração de um protocolo, que permite o desenvolvimento de competências comunicacionais de más notícias, em contexto de cuidados continuados integrados, contribuindo essencialmente para uma conduta mais humanizada e eficaz, constituindo-se um manual de formação na comunicação de más notícias.

Em suma, os diversos artigos analisados e o estudo por nós desenvolvido demonstram a existência de falhas comunicacionais dos profissionais de saúde quando têm de transmitir uma má notícia. É crucial que estes profissionais desenvolvam a sua comunicação e competências interpessoais, de modo a facilitar o processo de comunicação com o doente, em vez de utilizarem mecanismos de defesa e distanciamento que constituem um entrave à comunicação eficaz (Almeida et al., 2010,p.15).

Constatou-se também que existe, ainda, um longo caminho a percorrer sobre esta temática, aspetos a melhorar e o mais importante é dar o devido valor aos benefícios que a comunicação tem no processo de transmissão de uma má notícia, não só para o doente mas também para o profissional de saúde.

É errado quando se pensa que o tempo ocupado a preparar a transmissão de uma má notícia é dado como tempo perdido, pois é neste processo que o profissional, ajuda e entende com mais clareza as fragilidades e os pontos negativos do doente e adota uma intervenção mais específica para cada doente.

Conclusão

Como referimos ao longo de todo o nosso trabalho transmitir informação de forma adequada às necessidades individuais de cada doente é fundamental em cuidados de saúde. Ao transmitirmos uma informação adequada a cada doente, vai facilitar o modo de adaptação deste à doença e ao tratamento, promovendo em simultâneo uma relação de confiança entre a equipa multidisciplinar e o doente/ família.

A comunicação terapêutica representa a base do estabelecimento de confiança com o doente, sendo o suporte da ação desse profissional, na medida em que é através da comunicação com o doente que o profissional de saúde consegue perceber as necessidades do doente, bem como identificar as suas dificuldades.

Comunicar uma má notícia em saúde, é sem dúvida uma das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde, quer pelo debate que existe em torno de como, quem, o que e quando comunicar ao doente/família, mas também pelo receio de gerar sofrimentos de medo e angústia, podendo gerar desequilíbrios nas relações interpessoais e na própria qualidade de vida do doente.

Alguns estudos, por nós analisados referem que para o doente e sua família não interessa só o conteúdo da má notícia, mas também a forma como a mesma é comunicada por parte dos profissionais.

Neste sentido, é essencial o desenvolvimento de habilidades em comunicar más notícias, passando esse desenvolvimento a ter que ser implementado logo desde o percurso académico, assim como posteriormente, os profissionais de saúde apostarem numa formação contínua. Este desenvolvimento vai levar a uma eficaz e correta prestação da informação e qualidade dos cuidados. Ou seja, a eficácia do desenvolvimento de habilidades comunicacionais consegue-se através de formação padronizada e do treino de todos os elementos que compõem a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde.

A realização deste trabalho permitiu-nos constatar que a relação de ajuda é uma ferramenta fundamental no processo de comunicação. É necessário o profissional de saúde desenvolver habilidades comunicacionais no sentido de estabelecer relações interpessoais no atendimento ao doente/ família aquando da transmissão de uma má notícia. Habilidades e comportamentos assentes em cuidados humanizados,

disponibilização para ouvir, compreender a dor do doente, ficar em silêncio quando necessário, demonstrar compaixão, entre outras.

Verificamos com a elaboração também deste estudo que em Portugal existe uma escassa literatura sobre a comunicação de más notícias, e no que concerne à comunicação de más notícias em cuidados continuados integrados não encontramos informação nenhuma. Neste estudo questionamos uma equipa de profissionais de saúde de uma unidade de cuidados continuados, sobre os procedimentos da comunicação de más notícias.

Com as conclusões apontadas:

- Participaram 32 profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Murça, com idades compreendidas entre os 22 anos e os 51 anos. A equipa é composta maioritariamente por profissionais do sexo feminino (71.9%). Mais de metade dos elementos (54,8%) são solteiros. Os inquiridos são maioritariamente licenciados (71.9%), seguida pelos profissionais com licenciatura e especialidade (12.5%), pela pós-graduação (6.3%) e depois com elementos com mestrado (3.1%), pós-graduação e especialidade (3.1%) e mestrado e especialidade (3.1%).

-Constatamos que 75% dos profissionais de saúde se sente preparado para transmitir más notícias. Verificamos que 56% dos inquiridos teve formação em comunicação de más notícias durante o percurso académico, apenas 31% continuou a desenvolver formação específica nesta área e 100% responderam que é necessária mais formação no aperfeiçoamento e habilidade na comunicação de más notícias. Deste modo, é importante alertar as escolas e instituições de saúde, para aumentarem as oportunidades de formação relacionadas com o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, quer durante a formação académica, quer na formação profissional contínua dos profissionais de saúde.

-A maioria dos profissionais de saúde (59%) revela que é prática comum contar toda a verdade acerca do estado de saúde do doente, enquanto 41% acredita que não o fazer pode diminuir o impacto negativo do estado físico e emocional do doente/família.

Da revisão da literatura por nós efetuada, verificamos que na comunicação de uma má notícia, o doente tem direito a ser informado sobre tudo que diz respeito ao seu estado de saúde, de entender o seu tratamento e procedimentos a que será submetido, de conhecer o ser verdadeiro diagnóstico e prognóstico. Os direitos sobre si próprio e as decisões a tomar sobre a sua vida, devem permanecer sempre, e é dever do profissional

de saúde informá-lo sobre a situação. A ausência de informação pode levar a danos psicológicos, como o medo, ansiedade e desamparo.

É também de salientar, que 43.8% dos profissionais de saúde referiram que o doente só “algumas vezes” deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia, enquanto 40,6% afirmaram que isso é verdade na “maioria das vezes”.

- Verificamos que evitar transmitir uma má notícia é feito na maioria das vezes por 28,1% dos inquiridos, algumas vezes por 21,9% e poucas vezes por 37,5% dos profissionais de saúde. Nos extremos está um profissional de saúde que diz evitar sempre e 9,4% que referem nunca evitar. O profissional de saúde que tende a não comunicar uma má notícia, fá-lo pelo facto de pensar que ao revelar a verdade pode estar a destruir a esperança do doente/família.

- Os resultados do nosso estudo indica-nos que a discussão de caso entre os elementos da equipa é, segundo os inquiridos, importante na comunicação de más notícias, uma vez que 53,1% responderam “na maioria das vezes” e 31,3% responderam sempre. Ou seja, a forma como é transmitida a informação ao doente, vai depender do trabalho da equipa multidisciplinar, através da conjugação dos vários saberes e domínios de intervenção.

- A preocupação em preparar antecipadamente uma estratégia para a comunicação de uma má notícia, é referida por 46,9% dos inquiridos. Aquando da transmissão de uma má notícia devemos preparar previamente o momento, se possível deve ser transmitida num ambiente de privacidade, com tempo adequado. Ou seja, a comunicação de más notícias devem ser dadas pessoalmente, de forma completa e adequada, num local adequado e em ambiente calmo. Todos os profissionais de saúde (100%) concordam que as más notícias devem ser transmitidas de forma clara de modo a que o doente compreenda o que está a ser transmitido e evitam usar termos técnicos.

Para facilitar a tarefa de transmitir uma má notícia por parte dos profissionais de saúde, os artigos por nós analisados sugerem: estabelecer uma relação profissional de saúde/equipa multidisciplinar- doente/ família assente na confiança; conhecer cuidadosamente o historial do doente; entender o doente como um todo; preparar o local; organizar tempo; cuidar de aspetos específicos da comunicação; perceber a quantidade de informação que o doente quer receber; encorajar e validar as emoções do doente; atenção e cuidado com a família; entre outros.

- As dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias prendem-se com diversos aspetos, entre os quais medo da reação emocional do doente (medo, desgosto, raiva, culpa, agressividade, tristeza, choro); medo de retirar a esperança ao doente; medo de envolver o doente e família na tomada de decisões; medo do desconhecido e do não-aprendido, etc. Os inquiridos do nosso estudo revelaram que a maior dificuldade prende-se em "lidar com as emoções do doente"; de seguida "ser honesto com o doente sem lhe retirar a esperança" e depois "envolver o doente ou um familiar na tomada de decisão".

- Na discussão e análise de dados, verificamos que a mudança da comunicação com o doente a pedido da família é realizada de forma esporádica por 40,6% dos inquiridos e algumas vezes por 43,8% destes. Quando isto se verifica, o profissional de saúde deve explicar ao familiar, que a informação do estado de saúde do doente será dada ao mesmo, com toda a atenção e cuidado necessária, com linguagem adequada e na quantidade que o doente desejar, assim como com acompanhamento ao longo de todo o processo. Explicação que vai ajudar o familiar a entender de uma forma mais clara a importância do doente ser informado.

- No que concerne à opinião acerca do uso de protocolos de comunicação de más notícias, mais de metade (65,6%) dos profissionais de saúde entende que são úteis.

Com a análise e discussão dos dados, revisão da literatura e a realização de todo este trabalho conclui-se que é crucial que os profissionais de saúde desenvolvam competências comunicacionais, de modo a facilitar o processo de comunicação com o doente.

É de salientar que o que se depreende também da realização deste estudo, é efectivamente a necessidade de realização de mais estudos sobre esta temática, como por exemplo, a sensibilização dos profissionais de saúde para o uso de protocolos aquando da situação de transmissão de uma má notícia, assim como deve existir uma "revelação individualizada", através da qual o profissional de saúde considere a individualidade de cada doente quanto à sua vontade/desejo e à sua capacidade de lidar com informações detalhadas sobre o seu diagnóstico/prognóstico, a fim de não se verificar discordância entre o que o profissional quer informar e o que o doente/família quer saber.

De acordo com as conclusões aqui apresentadas e com a pesquisa feita ao longo do nosso estudo, parece pertinente apresentar pelo menos duas sugestões de trabalho a desenvolver futuramente:

- Desenvolver formações nas Instituições de saúde, dirigidas a toda a equipa multidisciplinar, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da comunicação de más notícias;
- Criar um espaço de reflexão na equipa, onde se possa debater ideias, expressar sentimentos negativos/positivos vivenciados, com o intuito de promover o fortalecimento da equipa multidisciplinar.

Através da avaliação dos resultados e de toda a revisão da literatura por nós efetuada, conseguimos traçar linhas orientadoras para a elaboração de um protocolo (anexo 4), que permite o desenvolvimento de competências comunicacionais de más notícias, em contexto de cuidados continuados integrados, contribuindo para uma conduta mais humanizada e eficaz, constituindo-se num manual de formação na comunicação de más notícias. Ou seja, através deste protocolo as más notícias são transmitidas com normas utilizadas pelos profissionais, salientando sempre a idiosincrasia do doente e família.

Importa referir que este nosso trabalho foi apresentado no encontro Internacional de Inteligência Emocional entre os dias 12 e 13 de Junho de 2015, no Instituto Politécnico de Bragança, em formato de Comunicação Oral e artigo E-book.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. I.; Ferreira, C. S.; Lança, M. M. & Rodrigues, M. C. (2010). *A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida* (1, 41-52). *Journal of Aging & Innovation*. Retirado de <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/wp-content/uploads/5-comunica%C3%A7%C3%A3o-fase-terminal.pdf>
- António. A. (2010). *Relatório de Estágio – Casa de Saúde da Idanha. Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento*. Universidade Autónoma de Lisboa. Retirado de <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/612/1/RELAT%C3%93RIO%20final%20bety.pdf>
- Araújo & Silva (2012). *Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos* (46, 3). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.
- Arnold, S. J. & Koczwara, B. (2006). *Breaking bad news: learning through experience* (31, 24, 5098-5100). *The Journal of Clinical Oncology*.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social (2005). *Assistente Social*. Retirado de http://www.apross.pt/apssbo/upload/Assistente_Social.pdf
- Baile, W. F.; Buckman, R. & Lenzi, R. (2000). *SPIKES-a six step-protocol of delivering bad news* (5, 4, 302-311). *The Oncologist*.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ªed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2002). *Princípios de Ética Biomédica* (4a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Becze, E. (2010). *Strategies for breaking bad news to patients with cancer* (25, 9, 15-5). *ONS Connect*.
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem fundamental: uma abordagem psicofisiológica de Sorensen e Luckman*. Lisboa: Lusodidacta

- Borges, M.; Freitas, G. & Gurgel, W. (2012). *A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde*. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. Retirado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1159/1058>
- Briga, S. C. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retirado de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26941/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- Brown, J. B.; Mulloly, J. P. & Levinson, W. (1999). *Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction* (131, 11, 822-829). Annals of Internal Medicine.
- Buckman, R. (1984) Breaking bad news: Why is it still so difficult? (288: 1597-9). Br Med J. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Campos, C. (2006). *Intervenção do Ministério da saúde na sessão de apresentação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Retirado de <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+em+ourtugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/sessaocuidadoscontinuados.htm>
- Caponi, G.; Leopardi, M. T. & Caponi, S. N. C. (1995). *A saúde como desafio ético*. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde.
- Cardoso, G.; Luengo, A.; Trancas, B.; Vieira, C. & Reis, D. (2009). *Aspetos Psicológicos do Doente Oncológico* (8-18). Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Retirado de http://wwwpsilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20a%20%20p8-19.pdf
- Certo, Ana; Galvão, Ana Maria; Pontes, Carina (2015). *Competências emocionais dos profissionais de saúde na transmissão de más notícias*. In II Seminário Internacional em

Inteligência Emocional: Livro de resumos. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. ISBN 978-972-745-187-6; p.24-24

Chirs, L. (2006). *Clinical Thinking: evidence, communication and decision-making*. London: Blakwell

Código de Ética da Associação Nacional de Assistentes Sociais (NASW). Retirado de <http://www.cpihts.com/Librarcy/C%F3digo.htm>

Colón, K. M. (1995). *Bearing the bad news* (78: 10-14). *Minnesota Medicine*. Retirado de <http://www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm>

Costa, M. A. (2004). *Relação enfermeiro-doente* (P. 56-62). In M. do C. P. Neves & Pacheco (Orgs). *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra.

Decreto-lei nº 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde.

Dixon, M. & Sweeney, K. (2000). *The human effect in medicine: theory, research and practice*. Radcliffe Medical Press, Oxford.

Donabedian, A. (1990). *La qualita de ll'assistenza sanitaria*. NIS, Roma.

Espinosa, M.; González, B. M.; Zamora, P.; Ordóñez, A. & Arranz, P. (1996). *Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients* (4, 1: 61-63). *Support Care Cancer*.

Fallowfield, L. J.; Hall, A.; Maguire, G. P. & Baum, M. (1990) *Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial* (301: 575–580). *B M J*.

Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A. (2004). *Communicating sad, bad and difficult news in medicine* (363, 9405, 312-19). *Lancet*.

Fallowfield, L. J.; Jenkins, V. A. & Beveridge, H. A. (2002). *Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care* (16, 4, 297-303). *Palliative Medicine*.

Figueiredo, M. C. (1997). *Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros* (21,19-22). *Sinais Vitais*.

Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da conceção à realização* (2ª ed., Pp. 88). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Geovanini, F. & Braz, M. (2013). *Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia* (21, 3: 455-62). Revista Bioética. Rio de Janeiro. Retirado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nexAction=Ink&exprSearch=70422&indexSearch=ID>
- Gonçalves, Â. (2013). *Comunicação de Más Notícias a Pessoas com Doenças Oncológicas: a Necessidade de Implementar a (Bio) ética na Relação - Um Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Mestrado em Bioética. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11061/1/700699_Tese.pdf
- Henjum, R.; Hackney, H. & Cormier, L. (1979). *Estratégias e objetivos de aconselhamento* (2ª ed.). Canadian Journal of Aconselhamento e Psicoterapia / Revue canadienne de aconselhamento et de psychotherapy, [SI], v. 15, n. 2, abril 2012. ISSN 1923-6182. Retirado de <http://cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/2075>
- Hennezel, M. (2002). *Diálogo com a morte* (5ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto da Segurança Social (2014). *Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Portugal* (N37-v4.16). Retirado de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_integrados_rnci
- Jacobsen, J. & Jackson, V. A. (2009). *A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice* (7, 4: 475-480). J Natl Compr Canc Netw. April.
- Jenkins, V.; Fallowfield, L. & Saul, J. (2001). *Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers* (84, 1, 48-51). British Journal of Cancer.
- Jesus, E. H. (2004). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Poro*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar DA Universidade do Porto.

- Jesus, E. H. (2007). *A comunicação de más notícias*. [Periódico na internet]. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=380&print=1>
- Klut, C. & Palma, M. (2012). *Dar Más Notícias*. Sessão Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. Lisboa: Amadora. Retirado de: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/607/1/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20dar%20m%C3%A1s%20not%C3%ADcias.pdf>
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda - abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, Fátima. (2009). *Transmissão de más notícias*. Retirado de: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/200803041143043859489.pdf>
- Leal, F. (2013). *Transmissão de más notícias* (19, 40, P. 40-43). Revista Portuguesa Clinica Geral.
- Lech, S.; Destefani, A. & Bonamigo, E. (2013). *Perceção dos médicos sobre a comunicação de más notícias ao paciente* (v. 4, n.º 1, p. 69-78). Revista Unoesc & Ciência - ACDS, Joaçaba. Retirado de <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2568/pdf>
- Leite, Á.; Caprara, A. & Filho, J. (2007). *Habilidades de Comunicação com Pacientes e Famílias*. São Paulo: SARVIER. ISBN 978-85-7378-175-5.
- Lewis, J. R. et al. (1995). *Examining patient perceptions of quality care in general practice: comparison of quantitative and qualitative methods* (45, 394: 249-253). British Journal of General Practice.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. London: Croom Helm.
- Leydon, G. M.; Boulton, M.; Moynihan, C.; Jones, A.; Mossman, J.; Boudioni, M. et al. (2000). *Cancer patients' information needs and information seeking behavior: In depth interview study* (320: 909-913). BMJ. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742000>

- Lino, C.; Augusto, K.; Oliveira, R.; Feitosa, L. & Caprara, A. (2010). *Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias* (35, 1: 52-57). Revista Brasileira de Educação Médica. Fortaleza, Brasil. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000100008&script=sci_arttext
- Magalhães, J. (2005). *Comunicação em Cuidados Paliativos - transmissão de más notícias* (vol. 53, n.º 5). Servir. Lisboa. ISSN -0871-2370.
- Martins, J. C. (2004). *Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: percepções, atitudes e opiniões* (12, 15-26). Revista Referência.
- Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt>
- Marwit, S. J. & Datson, S. L. (2002). *Disclosure preferences about terminal illness: an examination of decision-related factors* (26, 1, 1-20). Death Studies.
- Mehrabian, A. (1972). *Comunicação não-verbal*. Aldine-Atherton, Illinois: Chicago. Retirado de: <http://www.kaaj.com/psych/>
- Melo, A.; Valero, F. & Menezes, M. (2013). *A intervenção psicológica em cuidados paliativos* (vol.14, n.º 3, 452-469). Psicologia, Saúde & Doenças. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf>
- Mendo, P. (2000). *Interdisciplinaridade* (p. 44). In: Revista da Ordem dos Enfermeiros – Lisboa, Julho.
- Ministério da Saúde (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. Retirado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>
- Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2010). Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosemSaude/CuidadosContinuadosIntegrados/Documentacao/tabid/1154/language/pt-PT/Default.aspx>
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Muller, P. (2002). *Breaking Bad news to patients SPIKES approach cam make this difficult task easier* (112, 3: 1-6). Postgraduate Medicine.
- Neto, I. (2006). *Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos* (P. 17-52). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Neto, J.; Siriarco, M.; Cândido, T. ; Bicalho, T. ; Matos, B. ; Berbert, G. & Vital, L. (2013). *Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente* (23, 4: 518-525). Revista Médica Minas Gérias. Retirado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS/lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=704944&indexSearch=ID>
- Nunes, L. (2006). *Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Organização das Nações Unidas. (1999). *Direitos humanos e serviço social: manual para escolas e profissionais de serviço social / Organização das Nações Unidas*. Lisboa. ISBN 972-8308-04-3
- Organisation Mondiale de la Santé. (1988). *Apprendre ensemble pour oeuvrer au service de la santé. Rapport d'un group d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personel de santé. La formation en equipe*. OMS (série de rapports techniques, 769). Genève.
- Osswald, W. (2000). *A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde* (23, 41-45). Cadernos de Bioética.
- Pan, C.; Kobata, C. M. & Liberman, S. P. C. (1995). *A mentira piedosa para o canceroso* (41, 4: 274-6). Revista Associação Médica Brasileira.
- Pereira, A.; Fortes, I. & Mendes, J. (2013). *Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem. UFPE On-Line. ISSN: 1981-8693. Retirado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7443/1/artigo%20mas%20noticias.pdf>

- Pereira, M. A. (2005). *Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos* (14, 1, 33-37). *Texto Contexto Enfermagem*.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau
- Perosa, G. B. & Ranzani, P. M. (2008). *Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança* (V. 32, n.º 4, p. 468-473). *Revista Brasileira Médica*. São Paulo. Retirado de <http://www.scielo.br>
- Peterson, A. A. & Carvalho, E. C. (2011). *Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldade para o cuidar de idosos com câncer* (64, 4, 692-7). *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>
- Pinto, J. R. C. (2006). *Bioética para todos*. Braga: Editorial A. O.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda. Elemento de Competência da Enfermeira*. Coimbra. Edição Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Polít, D. F. & Hungler, B. P. (1994). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ªed.). Porto-Alegre: Artes Médicas.
- Pontes, A. C.; Leitão, I. M. & Ramos, I. C. (2008). *Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado* (61, 3, 312-18). *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Portal da saúde (2015). Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>
- Ptacek, J. T. & Eberhardt, T. L. (1996). *Breaking bad news - A review of the literature* (276, 6, 496-502). *JAMA*.

- Querido, A.; Salazar, H. & Neto, I. (2010). *Comunicação*. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ªed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Quill, T. E. & Townsend, P. (1991). Bad news: Delivery, dialogue and dilemmas (151, 463-468). *Archives of Internal Medicine*. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2001128>
- Quintela, M. (2006). *Cuidados Continuados: Uma nova relação com a saúde das pessoas* (2-5). Pretextos.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB.
- Rodrigues, M. A. & Simões, R. M. (2010). *Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida* (14, 3, 485-489). Escola Anna Nery (impr.). Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3a08.pdf>
- Rosenbaum, M. E.; Ferguson, K. J. & Lobas, J. G. (2004). *Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies* (19, 2: 107-17). *Acad Med*.
- Rosenthal, G. E., et al. (1997). *The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems* (35). *Medical Care*.
- Sancho, M. G. (2000). *Cómo dar las mas noticias em medicina* (2ª ed). Madrid: Arán Ediciones, S. A.
- Santos, A. P. (2007). *Unidade de Cuidados Continuados de Saúde- Uma resposta social?* Projeto Final de Curso. Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego do Instituto Politécnico de Viseu. Lamego, Portugal
- Santos, M. I. A. (2000). *A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias* (1, 51-60). *Revista Investigação em Enfermagem*.
- Sapeta, A. (2003). *Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica* (7, 24-35). *Revista Investigação em Enfermagem*.

- Saraiva, M. C. G. B. (2003). *O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados* (8, 37-48). Revista Investigação Enfermagem.
- Seixo, C., & Louro, C. (2015). *Intervenção do Serviço Social com doentes terminais e familiares*. Trabalho final para a disciplina de Espiritualidade e Fim de Vida. Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança.
- Serrão, D. (1996). *Relações entre profissionais de saúde e o paciente*. In M.C.P. Neves (Coord.). *Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética.
- Soares, C. (2007). *Projeto para uma Unidade de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stedeford, A. (1984). *Psychotherapy of the Dying Patient* (135, 7-14). *British Journal of Psychiatry*.
- Surribas, M. B., et al. (1994). *Ética y communication* (193, 61-64). *Revista Rol de Enfermaria*. Retirado de http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso2.php
- Teixeira, J. A. C. (2000). *Problemas de comunicação em saúde e suas consequências* (107-111). In Trindade e Teixeira, *Psicologia nos Cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Trindade, E.; Azambuja, L.; Andrade, J. & Garrafa, V. (2007). *O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado* (53, 1: 68-74). *Revista Associação Médica Brasileira*. Brasília. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000100023&script=sci_arttext
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde
- Victorino, A. B.; Nisenbaum, E. B.; Bastos M. Z. N. & Andreoli, P. B. A. (2007). *Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica* (V. 10, n.º 1). *Revista SBPH*. Rio

de Janeiro. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100005&script=sci_arttext

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo

Watson, J. (2008). *Informing critical care patients of a loved one's death* (28, 3, 52-64). Critical Care Nurse.

Yin, Robert. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2ª Ed) .Thousand Oaks, CA: SAGE Publications

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para a aplicação do questionário aos profissionais de saúde

Exmº Senhor

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Murça
Unidade de Cuidados Continuados
Rua Marques Val Flor, Aptd. 11
5090-138 Murça, Vila Real

Eu, Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo, estagiária de Serviço Social na Unidade de Cuidados Continuados de Murça, encontro-me a frequentar o Mestrado em Cuidados Continuados, na Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança. Neste âmbito, tenho um Relatório de Estágio para realizar, sendo que a área que decidi abordar foi a da Transmissão de Más Notícias em Contexto de Cuidados Continuados´´.

Tenho como objectivo analisar os conhecimentos dos profissionais de uma equipa de Cuidados Continuados acerca da Transmissão de Más Notícias. Contribuir para uma conduta mais eficaz e humanizada dos profissionais de saúde no processo de comunicação de más notícias será, pois, uma das principais finalidades deste estudo.

Este trabalho é orientado pela Professora Doutora Ana Galvão, docente do Instituto Politécnico de Bragança.

Quanto ao terreno privilegiado para a realização do estudo, o contexto em Unidade de Cuidados Continuados pareceu-me o melhor local, pois é, aí que a comunicação de más notícias tem grande impacto, pelo que solicito a Vª EXª autorização para efectuar, nesta Instituição, a colheita de dados.

Para a recolha de dados, a par de um questionário sociodemográfico, aplicarei o questionário com questões relativas ao tema acima indicado.

A referida colheita incidirá sobre os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados, médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga clínica, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas.

A fase de colheita de dados ocorrerá entre Abril de 2015 e Maio de 2015.

Certifico-me desde já que sobre as informações obtidas, será mantido o anonimato, e que assumo o compromisso de após terminar o referido relatório e se assim vos parecer conveniente, divulgarei os resultados do estudo nesta instituição.


Em anexo a este pedido, envio o questionário que utilizarei com os profissionais de saúde.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: carina_pontes_89@hotmail.com ou 914169808.

Grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos,

Bragança, 2015

Anexo 2 – Autorização para aplicação do questionário



MURÇA

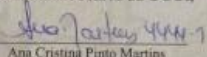
Ao:
Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde de Bragança
Avenida D. Afonso V
5300 - 121 Bragança

Vossa Ref.º: Data Vossa Com.: Nossa ref.º 130/2015 Data: 23-04-2015

Assunto: **Autorização de recolha de dados UCCL da Santa Casa da Misericórdia de Murça.**

Ex.ma Srª Drª Carina Sofia da Purificação Pontes Seixo, serve o presente, para autorizar a recolha de dados relativa ao questionário que pretende aplicar na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Murça, no âmbito do relatório de estágio do mestrado em Cuidados Continuados.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Técnica da UCCL,

Ana Cristina Pinto Martins

Na margem indicar as referências deste documento

Anexo 3 – Questionário Aplicado aos Profissionais de Saúde

Questionário a profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados de Murça

Este questionário refere-se a um estudo que tem como objetivo avaliar os conhecimentos dos profissionais de uma equipa de Cuidados Continuados acerca da Transmissão de Más Notícias. Pelo que a sua participação revela-se fundamental para conseguir desenvolver este trabalho e se pede que responda a um conjunto de questões com um X a sua resposta. Por favor **responda a todas as questões**.

Eu, Cárina Sofia P. Pontes Seixo, licenciada em Serviço Social e a frequentar neste momento o 2º ano do Mestrado em Cuidados Continuados garanto os princípios da confidencialidade e do anonimato.

Desde já apresento os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

Questionário de caracterização dos profissionais de saúde

IDADE:

SEXO:

MASCULINO
FEMININO

ESTADO CIVIL:

CASADO

SOLTEIRO

UNIAO MARITAL

SEPARADA

DIVORCIADA

VIÚVO

OUTRO

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

ANO EM QUE TERMINOU O CURSO:

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

TEMPO DE EXERCÍCIO NO ATUAL SERVIÇO:

QUESTIONÁRIO

- 1) Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a comunicação de más notícias?
SIM NÃO

- 2) Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de comunicação de más notícias?
SIM NÃO

- 3) Considera que as discussões de caso entre os membros da equipa de saúde ajudam quando tem que transmitir uma má notícia?
SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

- 4) Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias?
SIM NÃO

- 5) Quando tem que transmitir uma má notícia prepara antecipadamente alguma estratégia?
SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

- 6) No exercício da sua profissão, procura criar um ambiente privativo, seguro e confortável para o doente, quando tem de comunicar uma má notícia?
SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

- 7) No exercício da sua profissão, procura evitar transmitir uma má notícia?
SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

- 8) Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de comunicação de más notícias?

- ___ SER HONESTO COM O DOENTE SEM LHE RETIRAR A ESPERANÇA
- ___ LIDAR COM AS EMOÇÕES DO DOENTE
- ___ CONSEGUIR O TEMPO ADEQUADO PARA INFORMAR
- ___ ENVOLVER AMIGOS E FAMILIARES DO DOENTE
- ___ ENVOLVER O DOENTE OU UM FAMILIAR NA TOMADA DE DECISÃO

(ordene as opções de acordo com o grau de dificuldade: 1 (mais difícil) e 5 (menos difícil)).

9) No exercício da sua profissão, verifica que os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo de uma má notícia?

SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

10) Quando tem de comunicar uma má notícia procura usar uma linguagem perceptível, evitando termos técnicos de modo que a pessoa compreenda o que está a ser transmitido?

SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

11) Após a comunicação de uma notícia procura responder a todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas dando tempo ao utente/familiar de assimilar tudo o que foi transmitido?

SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

12) No exercício da sua profissão, qual(ais) a(s) primeira(s) pessoa(s) a quem comunica a má notícia?

- A. Doente
- B. Familiar
- C. Doente e familiar em simultâneo

(selecione uma única opção)

13) Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia?

- ___ Bastante confortável
- ___ Confortável
- ___ Pouco confortável
- ___ Desconfortável

(selecione uma única opção)

14) Enquanto profissional de saúde, procura manter uma relação próxima com o doente, apesar de reconhecer que pode deste modo estar mais exposto à dor da perda, quando esta ocorre?

SEMPRE NA MAIORIA DAS VEZES ALGUMAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA

15) Na sua opinião qual o modelo com que mais se identifica, no que concerne à transmissão de uma má notícia?

- Modelo paternalista
- Modelo informativo
- Modelo partilhado

(seleccione uma única opção)

16) Na sua opinião a tarefa de transmitir uma má notícia é uma vocação que nasce com a pessoa?

Sim Não

17) No exercício da sua profissão, procura não contar a verdade toda sobre o conteúdo da notícia a transmitir sob pena de o estado físico e emocional do doente piorar?

Sim Não

18) Enquanto profissional de saúde, já aconteceu mudar a sua comunicação com o doente por causa de um pedido da família? (por exemplo passar de uma comunicação aberta e esclarecedora para uma comunicação com omissões da verdade)

Frequentemente Algumas vezes Esporadicamente Nunca

19) Na sua opinião considera o uso de protocolos de comunicação de más notícias:

- Muito úteis
- Úteis
- Pouco úteis
- Nada úteis

(seleccione uma única opção)

20) Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de más notícias?

Sim Não

Anexo 4 – Protocolo por nós Elaborado

Protocolo PATPTF

O protocolo por nós elaborado integra seis etapas. Baseamo-nos em artigos científicos e na revisão da literatura. Passamos a descrever as etapas que o constituem:

1) P- Profissional:

Esta etapa engloba a preparação do profissional a nível da comunicação verbal e não-verbal (linguagem, emoções e corporeidade):

- ❖ O profissional de saúde deve ter em conta como estratégia inicial, o estudo de toda a situação clínica do doente (resultados de exames e análises). Isto irá promover a consistência às decisões clínicas e permitirá uma comunicação mais clara e fluída.
- ❖ Deve estabelecer para com o doente uma relação de confiança, empatia, compreensão, desejo de ajuda, interesse, respeito. A utilização deste tipo de atitudes irá fazer com que o profissional de saúde quando comunicar uma má notícia, melhore o relacionamento entre ele e o doente, reduzindo assim por sua vez a ansiedade deste último.
- ❖ A postura dos profissionais de saúde quando comunicam uma má notícia é de extrema importância. Esta deve transmitir conexão, segurança e apoio. Para o profissional de saúde estabelecer uma conexão interpessoal eficiente e agir com assertividade deve ter em conta algumas atitudes:
 - Manter uma postura reta mas relaxada;
 - Não cruzar os braços nem as pernas;
 - Manter as mãos relaxadas e utilizar apenas gestos e expressões faciais para realçar mensagem verbal;
 - Falar com voz clara e firme;
 - Usar frases com formas verbais correspondentes à primeira pessoa do singular ou do plural;
 - Verificar a concordância entre as mensagens verbais e não-verbais;

- Analisar o que pretende expressar e dizê-lo de maneira consciente e positiva;

2) A-Ambiente:

Esta etapa consiste na preparação do ambiente:

- ❖ O profissional de saúde deve criar um ambiente capaz de conduzir uma comunicação efetiva. O lugar deve garantir toda privacidade e conforto possível, onde não haja possibilidade de interferências e isento de barulho. Todos os participantes deverão estar sentados o mais confortavelmente possível, mantendo contato visual (com os olhos ao mesmo nível) e físico (caso o doente se sinta confortável para isso, deve-se segurar na mão do doente), em círculo ou triângulo e preferencialmente sem nenhuma barreira física entre o doente e a equipa profissional responsável pela transmissão da má notícia.
- ❖ Deve-se ter lenços de papel sempre por perto.
- ❖ O profissional deve começar por se apresentar ao doente, com atitudes cordiais, falando de forma clara e pausadamente. A transmissão da má notícia deve ser dada de forma clara e direta. Usar um tom de voz suave, pausado, usar uma linguagem isenta de termos técnicos e um vocabulário o mais neutro possível. O profissional deve deixar o doente exteriorizar os seus sentimentos e que se estabeleça a sequência de conversa. Deve assegurar que o doente compreendeu a informação que lhe foi transmitida com clareza. Para ajudar o doente a processar da melhor forma possível a má notícia, a informação deve- lhe ser dada em pequenas quantidades. É aconselhável que o profissional peça ao doente para lhe contar a informação com as suas próprias palavras.
- ❖ Mesmo que a cura não seja possível, o profissional deve oferecer esperança e encorajamento sobre quais as opções que estão disponíveis. Discutir as opções de tratamento no início e marcar consultas de seguimento deverá estar no planeamento do profissional de saúde no momento de comunicar a má notícia.
- ❖ O profissional de saúde deve ter sempre em consideração se o doente deseja a presença de algum familiar ou outra pessoa durante a transmissão da má notícia que seja significativa. Se o doente assim o desejar, deve-se providenciar um lugar para todos se sentarem.

- ❖ Telefones devem se desligados para evitar interrupções durante a comunicação.

Frases sugestivas:

- ✓ “ Como é que se esta a sentir neste momento”?
- ✓ “Como posso ajuda-lo?”
- ✓ “Qual é o resultado que espera desta nossa conversa?”
- ✓ “Sente-se melhor hoje?”
- ✓ “Gostaria de poder explicar-lhe a situação.”
- ✓ “ Vou explicar tudo o que lhe ocorre e apoiá-lo em tudo o que puder.”

3) T- Tempo

- ❖ É necessário o profissional de saúde garantir um tempo adequado para comunicar a informação ao doente. Deve permitir que o doente assimile a informação e permitir o intercâmbio entre perguntas e respostas.
- ❖ É importante evitar as horas noturnas para transmitir a má notícia.

4) P-Paciente

Nesta etapa avaliam-se as perceções e expetativas do doente:

- ❖ Averiguar o que o doente sabe sobre a sua situação clínica. Com esta informação, o profissional de saúde pode assegurar-se se o doente esta apto para compreender a má notícia.
- ❖ Para descobrir o que o doente sabe, o profissional pode recorrer a diversas questões, tais como:
 - ✓ “ O que é que já lhe disseram sobre o seu estado de saúde?”
 - ✓ “Quando teve o primeiro sintoma, que achou que poderia ser?”
 - ✓ “ O que pensa sobre a dor?”
 - ✓ “Esta preocupado com a doença?”
 - ✓ “ O que é que entende sobre a sua doença?”
 - ✓ “ Como é que me descreveria a sua situação clínica?”
 - ✓ “ Tem estado preocupado com a sua doença ou sintomas?”

- ✓ “ O senhor por acaso considerou em algum momento que poderia estar a passar por algo sério?
- ✓ “ O senhor sabe qual o motivo de ter sido encaminhado para este serviço?”

Após este tipo de questionamento e resposta por parte do doente, já é possível profissional de saúde ter uma ideia clara de qual a situação de informação que o doente possui.

O que quer saber o doente

- ❖ Perguntar o que o doente quer saber. Alertar o doente /família que vai ser transmitida uma má notícia.
- ❖ É necessário o profissional de saúde neste ponto ter em atenção que cada doente recebe informação de forma indiferente, dependendo da raça, étnica, cultura, religião ou condição socioeconómica. Cada doente tem direito a aceitar ou a negar qualquer informação, assim como pode preferir alguém para escutá-la no seu lugar.
- ❖ Várias questões podem ser colocadas ao doente para descobrir o quanto este quer saber:
 - ✓ “ Existem pessoas que não gostam de saber más informações sobre a sua situação clínica, preferem que um familiar seja informado. O que você preferia?”
 - ✓ “ Você gostaria que eu lhe contasse todos os detalhes sobre a sua condição?”
 - ✓ “ Você quer que eu explique diretamente qual o resultado dos exames? Ou com quem eu deveria falar sobre tais assuntos?”
 - ✓ “ Se a sua condição de saúde se agravar, gostaria de ser informado?”

5) T- Transmitir a informação ao doente:

- ❖ A informação deve ser dada de forma gradual, dando tempo para que o doente assimile a informação transmitida.
- ❖ Dar conhecimento em pequenas parcelas e validar com frequência a compreensão da notícia transmitida.
- ❖ Usar uma linguagem simples e fácil de entender.

- ❖ Usar o silêncio e a linguagem corporal, como instrumentos facilitadores da abordagem.
- ❖ Evitar eufemismos, uma vez que o doente tende a interpretar como uma desvalorização da sua condição, ou mesmo não entende a verdadeira gravidade da sua situação clínica.

Frases sugestivas:

- ✓ “Lamento informar, mas existem sinais de evolução da doença”
- ✓ “Lamento que as notícias não sejam boas. A biopsia mostrou que o senhor tem um tumor”
- ✓ “Temo que tenho más notícias. (...)”
- ✓ “Gostaria que os resultados fossem outros, mas (...)”
- ✓ “Infelizmente, as notícias não são boas (...)”
- ✓ “Quer que lhe esclareça alguma coisa em particular?”
- ✓ “Temos os resultados dos seus exames e receio que seja grave”
- ✓ “O seu tempo de vida é provavelmente limitado”

Responder às emoções do doente

- ❖ Os doentes respondem de diversas formas á comunicação de más notícias. Alguns, emocionalmente, com lágrimas, raiva, tristeza, amor, ansiedade, arrependimento entre muitas outras emoções fortes. Outros demonstram agressividade, recusa, culpa, senso de perda, vergonha ou questionam-se do porque de aquela situação estar a ocorrer com eles.
- ❖ É necessário que o profissional verifique continuamente com o doente como ele se sente, claro esta não antecipando a reação emocional do mesmo.
- ❖ O profissional de saúde deve oferecer tempo para o doente e família reagirem, pois permite-lhes processarem a má notícia e ventilarem as suas próprias emoções. Compartilhar e entender as emoções deles significará reforçar o vínculo profissional de saúde / doente e irá facilitar o planeamento e tomada de decisões futuras.
- ❖ Deve ouvir o doente atentamente e silenciosamente.
- ❖ É importante o profissional questionar o doente sobre as necessidades emocionais e espirituais, assim como quais os sistemas de suporte que ele tem.

- ❖ Relembre o doente que qualquer resposta do mesmo é natural. Ofereça-lhe um lenço de papel, um copo de água, uma chávena de chã ou outra coisa que o possa acalmar.

Sugestão de frases:

- ✓ “Imagino que a notícia seja difícil”
- ✓ “Pode contar-me o que está a sentir?”
- ✓ “Posso compreender porque reage assim”
- ✓ “Esta notícia assusta-o?”
- ✓ “Eu também gostaria que esta situação fosse diferente (...) Tentarei ajudar”
- ✓ “O que esta notícia significa para si?”
- ✓ “O que o preocupa mais?”
- ✓ “Há alguém para quem o senhor gostaria que ele ligasse?”
- ✓ “Vou ajudá-lo a contar ao seu filho”

6) F-Família

Esta etapa é encarada como o flowup, pode ser preparada numa consulta posterior:

- ❖ Aquando da comunicação de uma má notícia, o profissional de saúde deve ficar atento à situação familiar do doente e ter em conta as suas necessidades particulares em função dos seus antecedentes culturais e religiosos. Informar que caso a família necessite de apoio psicológico, a instituição disponibiliza o acompanhamento de um psicólogo.

Planeamento e acompanhamento

- ❖ Posteriormente a ter recebido uma má notícia, o doente pode vivenciar sentimentos de isolamento e incerteza. O profissional deve tentar minimizar a ansiedade do doente, verificando se houve compreensão e formulando os “próximos passos” com o doente.
- ❖ O profissional de saúde deve comprometer-se a apoiar o doente, a oferecer-lhe conforto físico, psíquico, espiritual, social, familiar, assim como assegurar ao doente o alívio da dor e controlo de sintoma.

- ❖ É necessário acompanhar o doente, através por exemplo de visitas domiciliárias, facultar-lhe o nosso contato telefónico, reforçando assim a nossa disponibilidade.
- ❖ O profissional deve também tentar disponibilizar referências /manuais apropriados. Deve- lhe explicar as opções quanto a tratamentos adicionais.
- ❖ Discutir sobre fontes de apoio como a família, amigos, assistentes sociais, conselheiros espirituais, grupos de apoio, assim como cuidados interdisciplinares (fisioterapia, nutrição, acompanhamento psicológico, terapia sexual, terapia ocupacional), que podem auxiliar o doente num melhor controlo dos sintomas.
- ❖ Informar o doente que independentemente qual seja o percurso da doença e do que venha a acontecer, toda a equipa multidisciplinar vai estar sempre com ele.
- ❖ Assegurar ao doente e sua família que não serão abandonados e ressaltar que a equipa multidisciplinar vai acompanhá-los e ajudá-los em todo o plano de tratamento.
- ❖ Quando solicitado novos exames, é importante que o profissional de saúde explique ao doente, qual o motivo da sua realização assim como estar pronto para qualquer esclarecimento.
- ❖ Quando o profissional transmitir a má notícia, deve assegurar-se que o doente não correrá perigo, quando sair do local onde a informação foi transmitida.

Salienta-se:

Cada membro da equipa multidisciplinar oferece contribuição profissional adequada, para que haja garantia de que o doente é tratado como um todo e da melhor forma possível.

Adaptado de Buckman (1992) e elaborado através da revisão da literatura efetuada, por Carina Seixo e Ana Galvão (2015).