

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**Percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de  
Malanje/Angola sobre Cuidados Paliativos**

Maura Fernanda Inácio Romão

Orientador: Professor Doutor Miguel Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre  
em Cuidados Paliativos

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**Percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de  
Malanje/Angola sobre Cuidados Paliativos**

Maura Fernanda Inácio Romão

Orientador: Professor Doutor Miguel Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre  
em Cuidados Paliativos

2019

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de Novembro de 2019.**

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à memória de meu pai, Fernando Manuel Romão, meu herói e meu anjo da guarda, que me guia e me dá força para alcançar os meus sonhos sem olhar para trás.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus que, incondicionalmente, deu-me Água, Pão, Saúde, Força, Coragem e Determinação para a realização deste trabalho. Obrigada, Senhor, por seres o Mestre de todas as minhas obras.

Ao orientador desta dissertação, Professor Doutor Miguel Barbosa, pela orientação, apoio e disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao meu chefe, Professor Doutor Eduardo Ekundi Valentim, pelo seu apoio de pai e palavras de conforto e encorajamento.

Ao apoio do corpo directivo do Instituto de Formação Avançada da Faculdade de Medicina de Lisboa que sempre, e com muita dedicação, me deram atenção em tudo aquilo que foram as minhas preocupações e necessidades como estudante.

Ao Professor José Luís, pela sua ajuda incondicional, e o grande pilar que foi para mim durante a elaboração da Dissertação.

Agradeço a ajuda da Doutora Sofia Amador, pela disponibilidade oferecida para correção do texto e das referências bibliográficas, pelo seu calor de mãe, palavras e abraços de encorajamento brindadas com muito omar e sinceridade.

Aos meus Pais que durante toda minha vida me apoiaram e incentivaram incondicionalmente.

Aos meus colegas de trabalho que sempre me apoiaram com palavras de estímulo.

Quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram de forma directa ou indirecta para a realização deste estudo.

**A todos o meu Muito Obrigada!**



You matter because you are you,  
and you matter to the end of your  
life. We will do all we can not only to  
help you die peacefully, but also to  
live until you die.

— *Cicely Saunders* —

AZ QUOTES

## **CHAVE DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**BUM** - Banco de Urgências de Medicina

**CNCP**- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

**CP** - Cuidados Paliativos

**CPL** - Comunicação no Processo de Luto

**HGM**- Hospital Geral de Malanje

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

## RESUMO

**Introdução:** Os cuidados paliativos compreendem uma abordagem de assistência ao paciente com doença grave, sem possibilidade terapêutica de cura, até à fase terminal que culmina com a morte, estendendo-se até à família enlutada. Tendo em mente o propósito de proporcionar uma melhor qualidade de vida, a partir de uma boa comunicação entre enfermeiro, paciente e família. O estudo tem como objectivo identificar a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos.

**Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza quali-quantitativa, na qual participaram dezasseis enfermeiros actuantes de três áreas: cinco da Unidade de Cuidados Intensivos, sete do Hospital Sanatório e quatro do Banco de Urgência de Medicina do Hospital acima referido, no período de Março a Junho de 2019. Para a colheita de dados realizaram-se entrevistas semi-estruturadas abordando quatro dimensões: (1) comunicação do enfermeiro com o paciente durante o percurso da doença até à fase terminal; (2) transmissão de más notícias; (3) comunicação no processo da conspiração de silêncio; (4) comunicação no processo do luto entre o enfermeiro, paciente e família enlutada. Os dados obtidos foram codificados de forma a permitir o tratamento estatístico.

**Resultados:** Os resultados sugerem que existe dificuldade na comunicação entre o enfermeiro, paciente e seus familiares durante o processo de cuidar; os enfermeiros têm um conhecimento superficial de que é importante uma boa e adequada estratégia de comunicação no processo de transmissão de más notícias, conhecimento este proveniente da experiência de trabalho e anos de serviço e não por terem formação na área; a estratégia utilizada no processo de conspiração de silêncio deriva da experiência de trabalho e anos de serviço; as principais estratégias utilizadas para ajudar os pacientes a lidarem com o luto foram dar apoio psicológico ao paciente, promover uma boa relação com a família e falar de Deus.

**Conclusão:** Embora a comunicação seja uma componente dos cuidados paliativos valorizada pelos enfermeiros, destaca-se a ausência de formação específica nesta área, sendo que as estratégias de comunicação baseiam-se, essencialmente, da experiência de trabalho.

**Palavras-chave:** *Cuidados paliativos, Enfermeiros, Comunicação, Malanje/Angola*

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Palliative care comprises a care approach to the patient with severe illness with no therapeutic possibility of cure, until the terminal phase that culminates with death, and extends to the bereaved family. The purpose is to provide a better quality of life, based primarily on good communication between nurse, patient and the family. The study aims to identify the perception of nurses of the General Hospital of Malanje on communication in the field of palliative care.

**Methods:** This is an exploratory, qualitative study in which sixteen nurses from three areas participated in the study, five of the Intensive Care Unit, seven of the Hospital Sanatório and four of the Emergency Medicine Bank of the above mentioned hospital, in the period from March to June 2019. For the data collection it was used a semi-structured interview script, addressing four dimensions: (1) the communication of the nurse with the patient during the course of the disease to the terminal phase; (2) giving bad news; (3) communication in the process of conspiracy of silence; (4) communication in the process of mourning between patient, nurse and bereaved family. The data were coded in order to allow the statistical analysis.

**Results:** The results suggest that there is difficulty in communication between the nurse, patient and family during the care process; nurses have a superficial knowledge of how important a good and adequate strategy of communication is in the process of transmitting bad news, knowledge derived from experience and working time, not from training in the area; the main strategies used by nurses at the moment of giving bad news and in the process of conspiracy of silence, are also by experience and working time, technique without scientific justification; and on the strategies used to deal with the different stages of mourning, attending the psychological, social and spiritual spheres, it was identified that giving psychological support to the patient, having a good relationship with the family and leaning on God are the main tactics to deal with and keep track of the situation.

**Conclusion:** Although communication is valued by nurses as an effective element of the *Palliative* care process, it highlights the inexistent specific training on the area, basing their communication tactics mainly in the work experience.

**Keywords:** *Palliative Care, Nurses, Communication, Malanje/ Angola*

# ÍNDICE

<b>Introdução.....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo 1. Enquadramento teórico dos cuidados paliativos .....</b>	<b>21</b>
1.1 Princípios e filosofia dos cuidados paliativos.....	21
1.2 História dos cuidados paliativos. ....	21
1.3 Evolução dos cuidados paliativos.....	21
1.4 Conceito dos cuidados paliativos. ....	22
1.5 Objectivo dos cuidados paliativos.....	23
1.6 Princípios da prática de cuidados paliativos.....	23
1.7 Diferença entre cuidados paliativos e eutanásia. ....	24
1.8 A família durante o processo de cuidar. ....	25
1.9 Princípios éticos da medicina paliativa. ....	26
1.10 Direitos do paciente e família em cuidados paliativos .....	27
1.11 Composição e funcionamento da equipa de cuidados paliativos .....	27
1.11.1 A presença de um coordenador médico.....	28
1.11.2 A equipa de enfermagem.....	28
1.11.3 A participação activa do assistente social.....	28
1.11.4 O envolvimento efectivo do psicólogo.....	29
1.11.5 Os terapeutas ocupacionais.....	29
1.12 Situações que implicam cuidados paliativos .....	29
1.13 Áreas primordiais para prestar cuidados paliativos.....	30
<b>Capítulo 2. Enquadramento teórico da comunicação em cuidados paliativos .....</b>	<b>31</b>
2.1 Comunicação em cuidados paliativos.....	31
2.1.1 A comunicação como base na relação entre enfermeiro, paciente e família.....	31
2.1.2 A comunicação em cuidados paliativos.....	32
2.1.3 Importância da comunicação em cuidados paliativos. ....	32

2.1.4 Competências básicas da comunicação em cuidados paliativos. ....	33
2.1.5 Estratégias para uma comunicação eficaz. ....	34
2.1.6 Barreira do processo comunicacional. ....	35
2.1.7 Foco da comunicação no processo de cuidar em cuidados paliativos. ....	35
2.1.8 A complexidade comunicacional entre enfermeiro, paciente e família. ....	36
2.1.9 Formação sobre comunicação em cuidados paliativos. ....	36
2.2 Transmissão de más notícias .....	37
2.2.1 A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro. ....	37
2.2.2 Principais objectivos da comunicação na transmissão de más notícias. ....	38
2.2.3 Princípios a considerar na comunicação de más notícias. ....	38
2.2.4 Protocolo de actuação para o processo de transmissão de más notícias. ....	39
2.2.5 Estratégias do processo de transmissão de más notícias .....	40
2.2.6 Obstáculos no processo de transmissão de más notícias. ....	41
2.2.7 Possíveis situações difíceis no processo de transmissão de más notícias. ....	42
2.2.8 Pormenores que podem servir de recurso ao profissional de saúde. ....	43
2.3 A conspiração de silêncio. ....	43
2.3.1 O profissional de enfermagem frente ao processo de conspiração de silêncio. ....	44
2.3.2 Possibilidade do enfermeiro lidar com situações de conspiração de silêncio. ....	44
2.4 A morte .....	45
2.5 Comunicação no processo de luto. ....	46
2.5.1 Tipos de luto. ....	46
2.5.2 Fases do impacto do luto nos familiares. ....	46
2.5.3 Importância do apoio do enfermeiro à família enlutada. ....	47
2.5.4 Impacto dessa acção no seio familiar. ....	47
2.5.5 Objectivo do estudo. ....	48
<b>Capítulo 3. Metodologia do estudo. ....</b>	<b>49</b>
3.1 Área de estudo. ....	49

3.2 Desenho do estudo.....	50
3.3 Amostra. ....	50
3.4 Critérios de inclusão e exclusão. ....	50
3.5 Recolha de dados. ....	51
3.6 Análise da informação e técnicas utilizadas .....	51
3.7 Aspectos éticos. ....	52
<b>Capítulo 4. Resultados.....</b>	<b>53</b>
4.1 Caracterização dos enfermeiros entrevistados.....	53
4.2 A comunicação do enfermeiro/paciente no percurso da doença até à fase terminal. ....	53
4.2.1 Conhecimentos sobre cuidados paliativos ou continuados.....	53
4.2.2 Importância da comunicação para o enfermeiro(a), paciente/família. ....	54
4.2.3 Factores facilitadores/limitadores da comunicação entre enfermeiro/paciente/família .....	55
4.2.4 Necessidade de formação no âmbito da comunicação com pacientes graves. ....	56
4.3 Transmissão de más notícias. ....	57
4.3.1 Preparação para transmitir más notícias aos pacientes e familiares. ....	57
4.3.2 Situações mais difíceis no processo de comunicação de más notícias. ....	57
4.3.3 Estratégia para transmitir más notícias. ....	59
4.3.4 Estratégias utilizadas depois de transmitir uma má notícia ao paciente/família. ....	59
4.3.5 Modelos identificados no processo de transmissão de más notícias. ....	60
4.3.6 Formação específica sobre comunicação de más notícias.....	60
4.4 Conspiração de silêncio. ....	60
4.4.1 Conceito de conspiração de silêncio.....	60
4.4.2 Frequência de lidar com situações que geram conspiração de silêncio.....	60
4.4.3 A equipa de enfermagem face a situações de conspiração de silêncio.....	61
4.4.4 Implicações que este processo tem para o profissional de saúde/paciente/família..	62
4.4.5 Estratégias utilizadas diante situações de conspiração de silêncio.....	63

4.5 Luto do paciente e familiares.....	64
4.5.1 Preparação para lidar com situação de luto do paciente e familiares .....	64
4.5.2 Estratégia utilizada para ajudar o paciente a vivenciar a fase final da sua vida. ....	64
4.5.3 Percepção dos enfermeiros sobre a importância do apoio à família enlutada. ....	66
4.5.4 Medidas utilizadas para apoiar e acompanhar a família enlutada. ....	67
4.5.5 Principais dificuldades do enfermeiro ao comunicar-se com a família enlutada ....	68
4.5.6 Formação específica sobre comunicação no processo do luto. ....	69
<b>Capítulo 5. Discussão.....</b>	<b>70</b>
5.1 Implicações do estudo.....	77
<b>Conclusão .....</b>	<b>78</b>
<b>Limitações do estudo.....</b>	<b>80</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>81</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>85</b>
Apêndice A. Guião de entrevista semi-estruturado.....	86
Apêndice B. Formulário de consentimento informado.....	90
Apêndice C. Aprovação da comissão de Ética do CHLN e CAML.....	91
Apêndice D. Carta de autorização para recolha de dados do HGM/Angola.....	92
<b>Anexos.....</b>	<b>93</b>

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1.** Situações mais difíceis no processo de transmissão de más notícias.....58

**Tabela 2.** Tabela de contingência. Frequência de lidar com a conspiração de silêncio.....61

**Tabela 3.** Prova de qui-quadrado. Com que frequência lida com conspiração de silêncio.....61

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Conhecimento sobre cuidados paliativos.....	54
<b>Gráfico 2.</b> Justificativa sobre conhecimento de cuidados paliativos.....	54
<b>Gráfico 3.</b> Justificativa da importância da comunicação na prática de enfermagem para pacientes/familiares.....	55
<b>Gráfico 4.</b> Factores Facilitadores.....	55
<b>Gráfico 5.</b> Factores Limitadores.....	56
<b>Gráfico 6.</b> Justificativa da necessidade de formação no âmbito da comunicação.....	57
<b>Gráfico 7.</b> Estratégia utilizada antes de transmitir más notícias ao paciente/família.....	59
<b>Gráfico 8.</b> Motivação do enfermeiro para submeter a situações de conspiração de silêncio..	62
<b>Gráfico 9.</b> Estratégias utilizadas pelos enfermeiros diante dessas situações.....	63
<b>Gráfico 10.</b> Justificativa dos enfermeiros de como lidar com o luto do paciente/família.....	64
<b>Gráfico 11.</b> Percepção dos enfermeiros sobre a importância dos factores psicológico, social e espiritual durante o processo de luto.....	65
<b>Gráfico 12.</b> Factores psicológicos no processo de luto.....	65
<b>Gráfico 13.</b> Factores sociais no processo de luto.....	66
<b>Gráfico 14.</b> Factores espirituais no processo de luto. ....	66
<b>Gráfico 15.</b> Impacto do apoio do(a) enfermeiro(a) à família enlutada.....	67
<b>Gráfico 16.</b> Medidas utilizadas para acompanhar a família enlutada .....	67
<b>Gráfico 17.</b> Principais dificuldades do enfermeiro ao lidar com a família enlutada. ....	68

## INTRODUÇÃO

Diante das doenças graves sem possibilidade terapêutica de cura os cuidados paliativos (CP) surgem como adjuvante ao manejo destes doentes, pois o seu foco de actuação não é somente a patologia a ser curada, mas também prestar atenção aos doentes e às suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais e espirituais, assim como preparar a família para a possível perda, promovendo um processo de luto saudável (Fernandes et al., 2013).

Os CP têm vindo a constituir-se num modelo multidisciplinar de inter-relação de intervenções em pacientes com doença grave progressiva e incurável, tendo como objectivo essencial promover a qualidade de vida do paciente/família antes e depois da perda (Bernardo et al., 2016).

Este processo de cuidar é um desafio para todos os enfermeiros que actuam em unidades hospitalares, considerando a morte como um processo natural, e oferecendo cuidados que não aceleram a chegada desta, nem prolongam a vida com medidas desproporcionais (Balduino, 2010).

O paciente, fora da possibilidade terapêutica de cura, não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, apresenta fragilidade e limitações bastante específicas de natureza física, psicológica, social e cultural. Trata-se de um paciente para o qual, a clínica não possui recursos para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para a equipa de saúde, familiares e o próprio paciente (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014).

Surge assim a necessidade de um modo específico de cuidar. Esses cuidados, também denominados como cuidados de fim de vida, nasceram primordialmente, para atender os pacientes portadores de cancro avançado, “estendendo-se a todos os pacientes portadores de doença grave, crónica ou em fase terminal, que cause dor intensa, além dos sintomas físicos, sofrimento emocional e espiritual tão profundo que tornem a vida extremamente insuportável” (Figueiredo, 2007, P. 27-28).

Uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responde mais ao tratamento curativo, o objectivo desses cuidados, é propiciar qualidade de vida desde o diagnóstico da doença até à morte (Monteiro et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, conceituou CP como um “cuidado activo e total de pacientes, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo prioritário o controle da dor e outros sintomas, assim como problemas de ordem psicológica, social e espiritual. Tendo como objectivo proporcionar melhor qualidade de vida para o paciente/família” (Gomes et al., 2016, p. 157).

O conceito de CP teve a sua origem no “movimento *Hospice*, idealizado por Cecily Saunders, que descreveu a filosofia do cuidado da pessoa que está a morrer, com o objectivo de aliviar o sofrimento do paciente, tendo como sua finalidade exclusiva o cuidar” (Alves, 2015 ; Gomes et al., 2016, p. 157).

O CP está fundamentado na busca incessante do alívio dos sintomas evitando ao máximo possível o sofrimento do paciente, mediante intervenções centradas no paciente e não somente na doença, o que resulta de uma participação autónoma do paciente nas decisões que dizem respeito à intervenção sobre a sua doença, e em cuidados que visam dar uma vida restante com maior qualidade e um processo de morrer com pouco sofrimento. Sofrimento que geralmente é causado pelos procedimentos e técnicas aplicadas pelos enfermeiros durante o percurso da enfermidade (Picollo et al., 2018).

Diante de um paciente com doença avançada e terminal, tendo por fim a busca de um processo de morrer digno, é importante que o enfermeiro e o médico que estiver a assistir, foquem os seus cuidados com medidas que visem dar conforto ao doente, mediante a atenção das necessidades expostas por ele e observadas pelo técnico, e não ficar simplesmente centrado na possível cura da doença (Monteiro et al., 2010).

O que pode ser considerado como um tratamento fútil, em pacientes já na fase terminal, é de ocorrência usual ainda em vários países, especificamente Angola. A morte de pacientes no hospital, na unidade de cuidados intensivos (UCI) ou enfermarias, deitado na cama com vários aparelhos ligados, com o objectivo e função de cura, quando a cura já não é possível com o tratamento terapêutico. O cenário que surge é de desapropriação da pessoa e de sua vida, com uma morte na base de sofrimento desproporcional, tendo em mente que, embora o

sofrimento humano seja inevitável, é justo que busquemos medidas que possam aliviar ou reduzir esse sofrimento, tendo uma morte digna.

Importa, diante desta realidade, que os enfermeiros em especial compreendam a importância do cuidar, ou seja, consigam compreender e responder adequadamente às necessidades que uma pessoa portadora de uma doença grave ou em fase terminal passa para poder oferecer um cuidar com qualidade. Uma vez que a morte de um paciente terminal é irreversível e o tempo de sobrevivência está restrito a dias, semanas ou meses, torna-se essencial adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no bem-estar do paciente em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento do doente (Barbosa et al., 2016).

Sendo assim, é inegável a valorização dos serviços prestados pela equipa de CP, direcionado ao paciente em agonia, utilizando diversas estratégias de cuidar, sem esquecer os seus direitos (Barbosa et al., 2016).

Face à experiência de outros países como “Portugal, Brasil, Espanha, Japão, Noruega, EUA, Canadá, Polónia, Suíça, Reino Unido, Alemanha, Rússia, França, Itália, Bélgica” e outros (Capelas et al., 2014, p. 9), é importante que haja uma maior sensibilização sobre a implementação dos serviços de CP em Angola, realçando o quão importante o processo de cuidar com dignidade até ao fim de vida. Esses cuidados requerem conhecimento científico, que visa dar resposta a vários problemas identificados no estudo.

Sendo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS), elaborado por uma Comissão Multissetorial, criada por iniciativa Presidencial, através do Despacho Presidencial nº 84/11 de 27 de Outubro, é um instrumento estratégico-operacional destinado à materialização das orientações fixadas na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo.

O PNDS apresenta objectivos ambiciosos em todos os domínios do Sistema Nacional de Saúde, incluindo o reforço da luta contra as doenças prioritárias, que enquadram actualmente as doenças transmissíveis e as crónicas não transmissíveis. Foram traçadas algumas Estratégias operacionais que visam dar resposta a essa situação como:

1. Elaboração de um estudo para a criação dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos;
2. Capacitação de RH necessários para implementação da rede de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível hospitalar;
3. Definição dos materiais e

do financiamento necessários para a implementação da rede de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível hospitalar.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE): A população Angola crescer mais rapidamente, com uma taxa média de crescimento anual entre 2010-2019 de 3,4%, e é também aquele em que a esperança média de vida mais aumentou: 19 anos quando comparados os dados relativos a 1994 (43 anos) e 2019 (62 anos). Atualmente Angola tem aproximadamente 28 916 791 habitantes, com uma população masculina de 14 324 364 que representa (49.5%) e feminina 14 592 427( 50.5%), uma taxa denatalidade de 1 248 561, e uma taxa de mortalidade de 383 570 morte durante o ano de 2019, trata-se de uma população é maioritariamente jovem.

Relativamente as doenças crónicas, no dia seis do mês de fevereiro de 2018 o chefe da secção de Doenças Crónicas não Transmissíveis da direcção nacional de Saúde Pública defendeu também a “institucionalização de programas de prevenção”, recordando mesmo que o país “carece de um sistema de cuidados paliativos institucionalizado e abrangente”.

Porém a abertura e oportunidade para formação de quadros na área e a implementação destes serviços no Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola, poderá qualificar os nossos quadros da saúde e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. “Em Angola, a cada dia que passa, as doenças graves e crónicas têm aumentando de forma substancial, e muitas fora do contolo do SNS, por falta de programas de diagnóstico precoce destes casos e implementação dos serviços de CP institucionalizados e abrangentes como suporte para o manejo destes pacientes” (Diário de Notícias, 2018, pp. 1-2).

Por esta razão, focarei o meu estudo nos aspectos da comunicação em cuidados paliativos, por ser um dos maiores problemas existentes na relação entre o enfermeiro(a), paciente grave ou em fase terminal e seus familiares.

O estudo foi desenvolvido e estruturado da seguinte forma:

O capítulo I descreve os referenciais teóricos que foram considerados importantes. Nomeadamente, o primeiro ponto que irei abordar sobre o conceito de cuidados paliativos, origem, importância, princípios e o impacto que as doenças graves fora da possibilidade terapêutica de cura trazem para sociedade, e para o sistema de saúde angolano.

O Capítulo II aborda os aspectos da comunicação em cuidados paliativos, focando na comunicação do enfermeiro com o paciente durante o percurso da doença até a fase terminal; transmissão de más notícias; comunicação no processo da conspiração de silêncio; e comunicação no processo do luto entre o enfermeiro, paciente e família enlutada.

O Capítulo III descreve o método utilizado, com uma descrição fundamentada dos diferentes passos do processo da investigação.

O Capítulo IV apresenta os resultados do estudo. O Capítulo V mostra a discussão dos dados obtidos. Por último, serão apresentadas as conclusões do estudo, dando resposta aos objectivos traçados, e enunciadas algumas sugestões para futuras investigações e intervenções que se julga irem melhorar a prática clínica e a assistência dos pacientes graves sem possibilidade terapêutica de cura e em fase terminal.

Colocam-se também algumas expectativas nos resultados deste estudo, no sentido de que ele possa contribuir para uma reflexão dos profissionais para a possibilidade de partilha harmoniosa e natural das experiências e conhecimento que os enfermeiros possuem, de forma a que os beneficiados sejam os pacientes.

# **CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

## **1.1 PRINCÍPIOS E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

O progresso científico e social alcançado ao longo do século XX, tem mostrado de forma significativa a possibilidade de viver com uma doença crónica evolutiva, transmissível e não transmissível, até o último dia de vida, sem dor e sem sofrimento físico, psicológico e social, ocorrendo, dessa forma, uma morte digna. Na realidade, é cada vez mais constatável o número de pessoas que vivem mais tempo com doença crónica e consequentes limitações de diversas ordens (Martín et al., 2005).

Embora a morte seja encarada como parte integrante da vida, também não deixa de ser verdade que ela constitui a maior perda e dor vivida pelo ser humano, e daí a relutância em aceitá-la e conviver com ela, ainda que saibamos da sua inevitabilidade. Cabe a cada um de nós entender que a morte é um processo natural, que faz parte do nosso ciclo de vida, não tendo como ser negada; devemos sim, integrá-la no momento final da nossa vida (Lima et al., 2013).

## **1.2 HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

A palavra “paliativo” deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta. O conceito de CP teve origem no movimento *hospice* (do latim *hospes*), significando estranho e depois anfitrião; *hospitalis* significa amigável, ou seja, bem-vindo ao estranho, evoluindo para o significado de hospitalidade. Originado por Cecily Saunders, que disseminou pelo mundo a nova filosofia sobre o cuidar, contendo dois elementos fundamentais que pregavam o controlo efectivo da dor e de outros sintomas decorrentes do tratamento na fase avançada da doença, e o cuidado abrangente das dimensões psicológica, social e espiritual do paciente/família (Capelas et al., 2014).

## **1.3 EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Com o progresso da Medicina, a esperança média de vida da população aumentou, fazendo com que também aumentasse, não só o número das doenças crónicas, mas também, a possibilidade de manter o controlo dos pacientes com doença crónica (ou não) com muito rigor. O modelo da medicina curativa, em alguns casos pode ser agressiva quando o funcionamento do organismo já não é o mesmo, porque é centrada somente no combate à

doença que se coaduna com as necessidades deste tipo de pacientes, necessidades que têm sido frequentemente esquecidas (Capelas et al., 2014).

O movimento moderno dos CP “iniciado em Inglaterra na década de 60 do século XX, e que posteriormente expandiu-se para o Canadá, Estados Unidos da América e, nos últimos 25 anos, para o restante da Europa. Teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos pacientes incuráveis, por falta de resposta dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que deviam ser dispensados a esta população” (Victor, 2016, p. 268). Importa proporcionar aos pacientes que possivelmente vão morrer em curto prazo, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a protecção da sua dignidade.

#### **1.4 CONCEITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

A OMS publicou a sua primeira definição de CP em 1990, definindo como “cuidado activo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controlo da dor, dos problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objectivo dos CP é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares” (Gomes et al., 2016, p. 157). Essa definição foi revista em 2002 e substituída pela actual.

Ainda a OMS, em 2002, definiu CP como uma “abordagem promotora da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam a doença ameaçadora da continuidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (Galriça et al., 2014, p. 8).

Robert Twycross (2003) definiu CP como “cuidados activos e totais aos pacientes com doença que constituem risco de vida e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde ao tratamento curativo ou que prolonga a vida” (Costa et al., 2012, p. 65).

Os CP providenciam o alívio da dor e de outros sintomas; afirmam a vida e veem a morte como um processo natural; não têm a intenção de apressar nem de adiar a morte; integram os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes; oferecem um sistema de suporte para ajudar a viverem tão activamente quanto possível até à morte; utilizam uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o apoio no luto; melhoram a qualidade de vida e podem até influenciar positivamente o curso da

doença; e são aplicáveis mais precocemente, em conjunção com outras terapias que são destinadas a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para compreender melhor e gerir possíveis complicações (Menezes et al., 2019).

## **1.5 OBJECTIVO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Tem como objectivo aliviar o sofrimento da pessoa que se encontra em estado grave ou em fase terminal, permitir e enfrentar o processo da morte; respeitando os valores e crenças de cada pessoa; garantir o alívio da dor e outros sintomas; manter uma comunicação e informação adequada entre enfermeiro, paciente e familiares; respeito e autonomia; oferecer apoio à família e cuidador; dar suporte emocional ao paciente e cuidador; dar resposta às suas necessidades espirituais; continuidade assistencial durante todo o percurso da doença; atenção ao luto. Estes objectivos vêm dar maior conforto e segurança aos doentes desde o diagnóstico até à morte (Capelas et al., 2016).

## **1.6 PRINCÍPIOS DA PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Os CP devem ser prestados desde o diagnóstico, expandindo o campo de actuação e, desta forma, afastando a ideia de que “não tem mais nada a fazer ao paciente”, e incluímos a família para participar activamente dos cuidados a ter com o seu parente, preparando-a para um processo de luto saudável. Em 1986, a OMS propôs um conjunto princípios que regem a atuação da equipa multiprofissional de CP (Carvalho et al., 2012). Afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural (Barbosa et al., 2016):

- Assentam na concepção de que os cuidados paliativos não antecipam nem atrasam a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade do diagnóstico e terapêutica;
- O controlo de sintomas é um objectivo fundamental da assistência, devendo ser rotineiramente avaliados e efectivamente manejados;
- Só são prestados quando o doente e a família aceitam;
- A decisão sobre o tratamento médico deve ser feita de maneira ética. O paciente e a família têm direito a informação clara e objectiva sobre o seu quadro clínico, assim como a decisão e escolha do seu tratamento;

- São baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico, providos por uma equipa interdisciplinar;
- A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas estende-se no apoio ao luto da família, o período que for necessário;
- Consideram que o doente vale por quem é e vale até ao fim;
- Reconhecem e aceitam em cada doente os próprios valores e prioridades;
- Consideram que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- Abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- Centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até à morte;
- Respeitam o direito do doente escolher o local onde deseja ser cuidado até morrer;
- São baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Bernard Lown em seu livro “A arte perdida de curar”, afirma a vida e considera a morte como um processo natural, dizendo que “a escola prepara os futuros médicos e enfermeiros para lidar com vidas, mas pouco se ensina sobre a arte de ser esse cuidador, e estar preparado para lidar com moribundos, os cuidados paliativos resgatam a possibilidade da morte ser vista como um processo natural, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida” (Burlá et al., 2010, p. 45).

## **1.7 DIFERENÇA ENTRE CUIDADOS PALIATIVOS E EUTANÁSIA**

Os CP não antecipam nem atrasam a morte. Enfatizar dessa forma que nada tem a ver com a eutanásia, porque este “é um acto intencional de proporcionar a alguém uma morte indolor para aliviar o sofrimento causado por uma doença incurável ou dolorosa” (Chaves et al., 2011, p. 253), realizada por um profissional de saúde mediante pedido expresso da pessoa doente (Neto, 2008).

Essa, por sua vez, pode ser classificada de voluntária “quando o próprio doente de forma consciente expressa o desejo de morrer e pede ajuda para realizar o procedimento e de involuntária quando a pessoa doente encontra-se incapaz de dar consentimento para determinar tratamento e essa decisão é tomada por outra pessoa, geralmente cumprindo o desejo anteriormente expresso pelo próprio doente nesse sentido” (Guimarães 2008, pp. 9-10).

Também pode ser classificada de activa, sendo um acto de intervir de forma deliberada para determinar a vida da pessoa, como por exemplo administrar uma dose excessiva de sedativo ao ponto de levar o paciente à morte, e passiva porque consiste em não realizar ou interromper o tratamento necessário à sobrevivência do paciente (Guimarães., 2008).

Os CP centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a “viver tão intensamente quanto possível até à morte” (Alves, 2015, p. 45). Não devemos esquecer que a vida e o bem-estar implicam a observância de vários aspectos da vida, problemas sociais, dificuldades de acesso aos serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos para serem abordados pela equipa multi-profissional.

Oferecer um sistema de assistência à família, não se encerra com a morte do paciente, mas sim estende-se no apoio ao luto da família, o tempo que for necessário. Visto que o ser humano é por natureza um ser gregário, todo o núcleo familiar e social do paciente também adoece (Galhano et al., 2015).

## **1.8 A FAMÍLIA DURANTE O PROCESSO DE CUIDAR**

A família do paciente deve ser nossa parceira durante o processo de cuidar, pois conhece o paciente melhor que qualquer outra pessoa. Conhece as suas necessidades, desejos e angústias, muitas vezes não verbalizadas pelo próprio. Na prática de cuidado ao paciente, frequentemente, iremos nos deparar com inúmeros factores que actuaram concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o doente e a família (Aparício et al., 2015).

O processo de cuidar compreende integrar as fases do luto e estender o cuidado até à família enlutada que pode e deve ser realizado pela equipa que os acompanhou durante a fase da agonia. A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer

uma série de perdas, com as quais o paciente e a família são obrigados a conviver quase sempre sem estarem preparados para a situação ocorrida. A perda de autonomia, da auto-imagem, segurança, capacidade física, respeito e valor humano, sem falar das perdas concretas: emprego, poder aquisitivo e conseqüentemente de *status* social, que podem levar o paciente a angústia, depressão e desesperança, interferindo objectivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas que podem apresentar maior dificuldade de controlo (Pereira, 2010).

## **1.9 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA MEDICINA PALIATIVA**

Existem cinco princípios relevantes na atenção aos pacientes terminais: a veracidade, proporcionalidade, duplo efeito, a prevenção, e o princípio do não abandono (Chaves et al., 2011).

### **A veracidade**

É um princípio decorrente da necessidade de proteger todos aqueles que não tinham capacidade para exercer o seu direito de autonomia. Surgiu o princípio da vulnerabilidade, como resposta à sacralidade da autonomia como valor máximo da relação clínica.

### **A proporcionalidade**

É utilizado para resolver a colisão de princípios jurídicos, sendo estes entendidos como valores, bens e interesses. Propõe-se eleger a solução mais razoável para o problema jurídico concreto, dentro das circunstâncias sociais, económicas, culturais e políticas que envolvem a questão, sem se afastar dos parâmetros legais. Segundo este critério, existe a obrigação moral de implementar todas as medidas terapêuticas que tenham relação de proporção entre os meios empregados e o resultado previsível.

### **O duplo efeito**

É a regra ética que se refere à permissibilidade de acções das quais dois efeitos seguem-se simultaneamente, sendo um bom e outro mau; logo, acções que possuem duplo efeito. Este princípio tem a sua origem na *Summa Theologiae* de São Tomás de Aquino: “nada impede um acto de ter dois efeitos”, um que é intencional, o outro que está para além da intenção, visto que é accidental.

## **A prevenção**

Prever as possíveis complicações ou os sintomas que com maior frequência se apresentam na evolução de determinada condição clínica, é parte da responsabilidade médica. Implementar as medidas necessárias para prevenir tais complicações e aconselhar oportunamente os familiares sobre os melhores cursos de acção a seguir.

## **O princípio do não abandono**

Recordar que seria eticamente condenável abandonar o paciente porque este recusa determinadas terapias, mesmo quando o médico considera esta recusa inadequada. Ficando junto ao seu paciente, e estabelecendo uma forma de comunicação empática, poderá talvez, fazer com que o paciente repense determinadas decisões.

### **1.10 DIREITOS DO DOENTE E FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Estes direitos surgem para oferecer ao paciente e sua família (Almeida, 2012):

1. Autonomia
2. Identidade
3. Dignidade
4. Apoio personalizado
5. Alívio do sofrimento
6. Serem informados
7. Recusarem tratamento

### **1.11 COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Uma equipa de CP é, essencialmente, multi-profissional, embora a sua composição mínima seja composta por (Carvalho et al., 2012; Mourão et al. 2018):

- Médico
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta ocupacional
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Assistente social

- Equipas de apoio (como cirurgia e radioterapia)

Na prática dos pacientes graves ou em fase terminal não é viável oferecer assistência de qualidade sem o envolvimento de outros profissionais. Essa necessidade é cada vez maior, e deve-se à imensa heterogeneidade das necessidades individuais dos pacientes e familiares. Nenhuma formação profissional é suficientemente ampla para abordar todos os aspectos da complexidade humana.

#### **1.11.1 A PRESENÇA DE UM COORDENADOR MÉDICO**

Faz-se essencial para que a organização da equipa transcorra de forma adequada. O profissional deve ter conhecimento das patologias que acometem os pacientes, sendo também imprescindível que tenha formação avançada em CP, compreendendo os seus conceitos e dominando as técnicas e procedimentos inerentes ao alívio dos sintomas. Todos os demais médicos envolvidos com a equipa devem estar familiarizados com os conceitos em CP, preferencialmente através de formação específica na área.

#### **1.11.2 A EQUIPA DE ENFERMAGEM**

Desempenha o papel essencial na equipa, actuando como elo entre paciente/família e os demais profissionais da saúde. É importante que pelo menos parte dos enfermeiros tenham formação em CP, garantindo assim a compreensão da abordagem oferecida, bem como as técnicas relacionadas com a sua actuação.

#### **1.11.3 A PARTICIPAÇÃO ACTIVA DO ASSISTENTE SOCIAL**

É ponto crucial para garantir o suporte domiciliário dos pacientes, o acesso aos medicamentos necessários, bem como o auxílio em procedimentos burocráticos, como os direitos do paciente ou documentações. A abordagem social perfaz a base indispensável para a execução adequada das estratégias da equipa.

#### **1.11.4 O ENVOLVIMENTO EFECTIVO DO PSICÓLOGO**

Também é indispensável. O impacto emocional de doenças e situações que ameacem a vida (ou a sua qualidade) pode trazer consequências danosas tanto para o paciente quanto para seus familiares, podendo chegar a impedir o controlo adequado dos sintomas e até mesmo limitar o seu tempo de vida. A abordagem adequada dos aspectos emocionais é a ferramenta-chave para o sucesso terapêutico.

#### **1.11.5 OS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

Têm um papel importante na equipa de CP através do resgate de actividades significativas escolhidas de acordo com o perfil individual de cada paciente. É possível optimizar a autonomia deles, melhorando consideravelmente a sua qualidade de vida. Além disso, a abordagem do terapeuta ocupacional, auxilia os familiares a construir um ambiente mais acolhedor e estimulante ao paciente, proporcionando melhor convivência e evitando desgaste nos relacionamentos.

**O suporte do fisioterapeuta** com formação em reabilitação pode ser peça-chave na recuperação de auto-estima e autonomia dos pacientes. A sua actuação proporciona melhoria significativa da forma física, podendo ser o ponto de partida básico para a plena recuperação dos outros aspectos da existência do paciente.

Da mesma forma que a fisioterapia, a intervenção nutricional também é capaz de fazer a diferença na recuperação física do paciente e, quando isso não é possível, permite a melhoria de sintomas. A actuação de outros profissionais, como farmacêuticos, músico-terapeutas, terapeutas reikianos, capelães, entre outros, é altamente desejável, se disponível. O suporte amplo e irrestrito para todas as dimensões do ser humano é sempre o objectivo primordial da equipa.

#### **1.12 SITUAÇÕES QUE IMPLICAM CUIDADOS PALIATIVOS**

Os CP direccionam-se a todas as pessoas que sofrem de uma doença que ameaça a vida e que piora ao longo do tempo. Assim, não é verdade que estes cuidados são feitos quando já não há mais “nada a fazer”, pois ainda podem ser oferecidos cuidados essenciais para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa, independentemente do seu tempo de vida. Alguns exemplos de

situações em que se aplicam os CP, seja para adultos, idosos ou crianças são enfermidades como (Carvalho et al., 2013):

- Cancro;
- Doenças degenerativas neurológicas como Alzheimer, Parkinson, esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica;
- Outras doenças degenerativas crónicas, como artrites graves;
- Doenças que levam à falência de órgãos, como doença renal crónica, cardiopatias terminais, pneumopatias, hepatopatias, entre outras;
- Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) avançada;
- Situações ameaçadoras à vida, como traumatismo craniano grave, coma irreversível, doença genética ou doenças congénitas incuráveis.

### **1.13 ÁREAS PRIMORDIAIS PARA PRESTAR CUIDADOS PALIATIVOS**

As áreas primordiais para prestar cuidados paliativos são:

- Controlo sintomático
- A comunicação adequada
- O apoio à família
- Trabalho em equipa interdisciplinar

Estas áreas são importantes para o funcionamento da unidade de CP, para a equipa profissional e para o doente, com base nessas áreas, que estão interligadas, estas têm como finalidade dar resposta de maneira coerente aos doentes e seus familiares em relação à doença, tratamento e procedimento. Sendo que tem como pressuposto não limitar-se no prognóstico e diagnóstico, mas sim, dar continuidade de forma digna à pessoa em questão paciente/família proporcionando-lhes alívio e conforto em todos os sentidos, isto é respostas empáticas, escutar, respeitar, retirar o máximo possível de dúvidas (Neto, 2016).

Com todos estes aspectos acima referidos, realça-se que assistir o paciente que se encontra fora da possibilidade terapêutica de cura, é uma actividade difícil e complexa, mesmo para o enfermeiro que tem experiência com pacientes críticos em risco iminente de morte, e que por vezes torna ainda mais difícil assistir à família que se encontra em estado de dor e sofrimento. Acrescento ainda que se olharmos para um enfermeiro recém-licenciado, sem formação na área, a prestar cuidados aos pacientes graves em fase final, veremos que é uma situação crítica que pode chegar a comprometer a vida do paciente.

## **CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

### **2.1 COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

#### **2.1.1 A COMUNICAÇÃO COMO BASE NA RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO, PACIENTE E FAMÍLIA**

Todo o enfermeiro necessita aprender a relacionar-se de forma empática com o paciente e os seus familiares, colocar em prática a sua vontade e amor pela profissão, mediante a fala e os actos durante a sua actuação (Carvalho et al., 2017)

A actuação do enfermeiro durante a assistência aos pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura deve ser construído com ética, humanismo e responsabilidade, e não apenas em busca da cura da doença, mais sim ver o paciente como pessoa e não apenas como doente (Marques et al. 2004).

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

A comunicação é considerada como um processo de interacção na qual são partilhadas mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagem a partir de suas crenças, valores, histórias de vida e cultura. Só existe comunicação se ambos os interlocutores (emissor e receptor) se envolvem e assumem uma total responsabilidade no processo comunicacional.

Segundo Mourão (2005), a comunicação é um “processo dinâmico e multi-direcional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptivos. Comunicar é partilhar, transmitir, relacionar e informar” (Mourão et al., 2018, p. 34).

O processo de comunicação pode ocorrer de duas formas: verbal e não verbal. Ambas constituem um instrumento para a promoção de um cuidado humanizado. No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação não é um mero opcional nem extra, mas sim um componente vital, inerente e necessário, por sua vez representa uma estratégia de suma relevância para a prática dos CP. Quando subsidiada por uma relação de atitude, cooperação,

sentimento e sensibilidade, maior é o seu impacto. Este instrumento é um importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o paciente em fase grave ou terminal.

### **2.1.2 A COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Na assistência de enfermagem, a comunicação é vista como uma ferramenta importante que promove o elo entre a equipa de enfermagem, paciente e a família, mediante o uso tanto da comunicação verbal como da não verbal. Não obstante, observa-se que alguns profissionais da equipa de enfermagem, apesar de reconhecerem a importância dessa técnica no processo de cuidar, mostraram não estar preparados para actuar em situações que envolvam a comunicação na terminalidade humana (Carvalho et al., 2012).

### **2.1.3 IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

A comunicação em cuidados paliativos é importante pois é a base de todo processo de cuidar. É o elo entre enfermeiro, paciente e família, facilitando a obtenção de dados, na descoberta das necessidades do paciente, do diagnóstico mais abrangente e detecção de distresse emocional, assim como o desenvolvimento de uma resposta mais apropriada por parte deste (Carvalho et al., 2012).

Tornando-se evidente o efeito positivo que uma comunicação eficiente pode ter no processo de cuidar de pacientes graves em fase terminal e sem possibilidade terapêutica de cura, pela forma como estes doentes conseguem interagir com os técnicos e os familiares.

É de extrema importância entender a pessoa doente de forma abrangente, incluindo a família ou pessoas próximas que merecem toda a atenção e informação de maneira verdadeira, sensata e mais clara possível em relação ao tratamento e cuidados que serão prestados.

Quando o profissional entende o doente no seu todo, a comunicação flui de tal maneira que por vezes não é necessário fazer muitas perguntas ao paciente. Começa a funcionar a comunicação não-verbal por meio de gestos, mímica, toque e contacto ocular quando o paciente não verbaliza (Coriolano-Marinus et al., 2014). E, para isso, o técnico de saúde tem que ter conhecimento sobre o assunto para poder aplicar com maior profissionalismo, e ganhar com facilidade um espaço de confiança por parte do paciente e a família.

Importa salientar que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e postura; pois o emprego eficaz desse recurso é uma

medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que dele necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal.

A comunicação enquanto característica indissociável do ser humano, é o que permite assumir uma dimensão exclusiva, genuína e única, na medida em que a forma como comunicamos faz parte do património pessoal de cada um. O próprio acto de comunicar constitui um preciso indicador de quão profundo e complexo constitui o mundo de vivências em que o Homem se insere.

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

A forma como temos feito o uso da palavra constitui para o ser humano uma característica única e ímpar. Cada um de nós tem a sua própria forma de se exprimir, o seu próprio campo lexical, a sua própria voz.

#### **2.1.4 COMPETÊNCIAS BÁSICAS DA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

A empatia que se estabelece no processo comunicacional é mais que uma obrigação para o enfermeiro, uma exigência para o doente e sua família. Aqueles a quem o enfermeiro se dirige esperam que a comunicação seja uma aliada e não um entrave, em prol do estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. A comunicação estabelecida deve constituir uma ponte para superar uma travessia que se prevê difícil no âmbito da doença grave ou sem possibilidade terapêutica de cura (Carvalho et al., 2012).

Assim, podem ser definidas como competências básicas da comunicação em CP as seguintes:

- Manter uma relação de confiança entre equipa de saúde doente e a família;
- O desvanecimento de dúvidas e incertezas;
- O facilitar ao doente decidir por si a adesão ou recusa a certos tratamentos que ele possa considerar inapropriados ou fúteis;
- A possibilidade de resolver assuntos pessoais e familiares pertinentes;
- Enfrentar a conspiração do silêncio;
- Atenuar o efeito de possíveis ameaças, quer no domínio físico ou psicológico;

- Reduzir o medo e a ansiedade;
- Aumentar a cooperação, facilitando o alcance de uma morte digna.

É impossível estabelecer uma verdadeira relação de ajuda quando a comunicação estabelecida não for eficaz. O profissional de saúde sabe que essa é uma condição indispensável para uma prestação de cuidados personalizados, focada na pessoa a quem se dirige. Por outro lado, assume também uma vertente ética na medida em que o doente tem o direito de saber em que ponto se encontra o seu percurso de doença e qual a melhor estratégia a seguir (Mourão et al., 2018).

A maior expectativa dos doentes reside no facto de entenderem que os profissionais não os abandonam e estabelecem com eles e com as suas famílias um diálogo baseado na verdade, confiança e honestidade, desde o momento do diagnóstico até à fase mais avançada da doença mas, lamentavelmente, não é isso que acontece na maior parte dos casos.

A informação partilhada deveria ser entendida com um elemento correcto face ao défice de dimensão relacional que cada vez mais se regista na dualidade profissional de saúde/doente (Neto, 2016).

O acto de comunicar não é responsabilidade de uma só pessoa, mas sim, de toda a equipa de saúde, devendo assumir, como um acto conjunto em prol do maior benefício para o paciente e a família. É necessário referir que não há uma única forma correcta de comunicar-se com estes pacientes, pois varia de um paciente para outro, sua doença e suas necessidades, e o tempo para o fazer pode determinar o maior ou menor sucesso da intervenção. O modelo partilhado é o mais adequado quando queremos estar mais próximo do paciente e transmitir-lhe um ar de segurança, mostrando-lhe que entendemos o quanto está a sofrer e ajudá-lo a viver esse sofrimento.

### **2.1.5 ESTRATÉGIAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ**

Com o objectivo de aumentar a sua capacidade de persuasão e liderança, um bom comunicador deve recorrer a determinadas regras para que a sua comunicação seja a mais eficaz (Carvalho et al., 2012):

- 1- Definição – Antes de desenvolver as ideias, é necessário definir os conceitos.
- 2- Relevância – É necessário que as palavras escolhidas para dar corpo à mensagem, reflectam exactamente o que se pretende transmitir. Terá de existir uma articulação

entre o conteúdo da mensagem e os conhecimentos que a pessoa já possui sobre determinado assunto.

- 3- Sinceridade - Consiste em reduzir as ideias aos termos mais simples. Economizar palavras e recorrer a uma linguagem sincera, facilitando claramente a percepção daquilo que se comunica.
- 4- Comparação e contraste – Permite identificar semelhanças e diferenças recorrendo a metáforas, modelos e analogias.
- 5- Repetição – É particularmente importante na comunicação oral; consiste em enfatizar a ideia central que se pretende comunicar.

### **2.1.6 BARREIRA DO PROCESSO COMUNICACIONAL**

Estas barreiras podem assumir diversas formas, como a linguagem não ser conhecida por todos os envolvidos, a utilização de palavras ambíguas, diferentes valores e crenças, papéis sociais distintos, religião, e nível de escolaridade (Coriolano-Marinus et al., 2014).

No processo comunicacional, assim como em situações problemáticas frequentes, é necessário que cada profissional invista na sua formação, adaptando estratégias eficazes para uma comunicação plena.

O paciente quer ser amparado, compreendido e tratado com dignidade. A expressão de afecto na relação com o paciente traz a certeza de que ele está a ser entendido e compreendido, faz parte de um conjunto importante de vários aspectos inerentes à sua necessidade, o que ocasiona a sensação de protecção e consolo, além de paz interior.

### **2.1.7 FOCO DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR EM CUIDADOS PALIATIVOS**

O interesse do acto de comunicar reside precisamente na sua infinita flexibilidade. Em CP, essa arte de comunicar, constitui um elemento central na abordagem clínica, possibilitando a partilha de informação, emoções e atitudes.

A arte de comunicar é difícil e exigente em qualquer circunstância e, mais ainda, perante um paciente grave ou em fase terminal; nesta situação, o uso da palavra pode ser praticamente inexistente, implicando da parte do profissional uma sensibilidade acrescida, porque esse processo é um sinónimo de partilhar, compreender, aceitar e estar atento(a) ao outro.

## **2.1.8 A COMPLEXIDADE COMUNICACIONAL ENTRE ENFERMEIRO, PACIENTE E FAMÍLIA**

Por exemplo:

- 1- A reflexão de sentimento – Analisar e compreender o sentimento do paciente na agonia, sem nos deixarmos influenciar pelos próprios valores, ideias e convicções, e ter em mente que qualquer sentimento, seja ele positivo, negativo, ambivalente ou um atributo espiritual, implica da parte do profissional de saúde uma entrega e uma disponibilidade total para ajudar o paciente.
- 2- A escuta activa – Implica estar desperto, activo para formular perguntas e analisar respostas. Porém, é necessário escutar aquilo que o paciente diz, como ele diz e o que omite, não esquecendo que muitas vezes o silêncio é mais eloquente que as próprias palavras.
- 3- A compreensão empática – Para efectivar a relação de ajuda, o profissional tem de colocar-se no lugar do paciente, analisar a situação segundo os valores daquele a quem os cuidados são dirigidos.
- 4- *Feedback* – É um processo que permite determinar a eficácia da comunicação através da reacção do paciente e dos familiares (Ordahi, 2007 ; Barbosa et al., 2016)

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

## **2.1.9 FORMAÇÃO SOBRE COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Durante a vivência profissional das diferentes equipas de saúde, são inúmeros os desafios diários com os quais se confrontam, sendo a comunicação a base de todos estes cuidados. A forma como as pessoas se manifestam e experienciam o sofrimento ocorre por meio de um processo comunicacional e deve ser entendida com carácter individual e subjectivo. Assim sendo, para cada pessoa, a intervenção da equipa de saúde terá de ser ajustada e específica. O que coloca os profissionais constantemente em formação contínua por se tratar de uma ciência dinâmica, que requer conhecimento, atitude e habilidade de forma permanente, como consequência dos grandes avanços tecnológicos e científicos no campo da saúde em geral e da

enfermagem em particular. O objectivo é garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes (Sousa, 2015).

Nessa perspectiva, a comunicação adequada pode ser considerada como um método fundamental para o processo de cuidar integral e humanizado, porque por meio dela é possível identificar empaticamente as necessidades do paciente, bem como de seus familiares. Quando o enfermeiro utiliza esse recurso com conhecimento, faz com que a relação entre o técnico, paciente e família flua da melhor forma, dando abertura ao paciente de participar nas decisões e cuidados específicos relacionados com a sua doença e, dessa forma, obter um tratamento digno. É de realçar que o(a) enfermeiro(a) é a pessoa que interage mais de forma directa e constante com o paciente e seus familiares durante o percurso da doença. Por essa razão, o conhecimento sobre comunicação em cuidados paliativos é indispensável para a prática do cuidar.

## **2.2 TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS**

### **2.2.1 A TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO**

A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro, vem clarear que uma má informação deve ser transmitida no momento certo e pela pessoa mais competente, para induzir na pessoa doente efeitos positivos e uma maior capacidade de adaptação a todo um processo desconhecido (Barbosa et al., 2016).

#### **Más notícias**

Buckman (1992) definiu a má notícia como “toda a informação que envolve mudança drástica e negativa na vida da pessoa, algo que altera as expectativas actuais e futuras do doente ou da família”. Incluem situações que apresentam ameaça ao bem-estar pessoal, familiar e social pelas repercussões física e psicossocial que acarretam. Estão geralmente relacionadas com uma doença grave, crónica e sem possibilidade de terapia curativa” (Lotra, 2017, p. 24).

Sendo por isso geradora de *stress*, quer para quem a recebe, como para quem a transmite. Por isso, os profissionais de saúde devem então planear e gerir estes momentos, pois apesar de não existirem palavras certas para comunicar uma má notícia, existem princípios que permitem que estas possam ser transmitidas adequadamente.

Transmitir uma má notícia requer perícia, conhecimento e habilidade específica. Estas são aprendidas e devem ser treinadas ao longo do percurso de cada profissional, pois constituem uma das tarefas mais complexas no contexto relacional profissional de saúde/doente e família.

### **2.2.2 PRINCIPAIS OBJECTIVOS DA COMUNICAÇÃO NA TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS**

1- Recolher informação do paciente permite determinar as informações que o mesmo detém e prepará-lo para que se exprima; 2- Fornecer informação fácil de compreender e adequada para o paciente; 3- Apoiar o doente, diminuindo o impacto emocional e minimizando a sensação de isolamento; 4- Definir uma estratégia em termos de intervenção futura com a colaboração do paciente (Galvão et al., 2015).

### **2.2.3 PRINCÍPIOS A CONSIDERAR NA COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS**

1- Averiguar o que o doente sabe; 2- Averiguar o que o doente quer saber; 3- Averiguar o que o doente está em condições de saber; 4- Esperar que o doente questione; 5- Não discutir a negação; 6- Utilizar linguagem simples e acessível; 7- Não estabelecer limites nem prazos; 8- Proporcionar informação gradual, mostrar delicadeza e não mentir; 9- Considerar a amnésia do doente pós-informação (Galvão et al., 2015).

Observa-se que estes princípios não são uma fórmula mas podem ser orientadores das práticas comunicacionais dos profissionais. Considerar estes princípios durante o processo de cuidar dos doentes, pode tornar-se menos pesados para quem as dá e para quem as recebe, pois quando esse processo acontece de forma errada pode afectar a qualidade dos cuidados e originar sofrimento na pessoa doente.

É sabido que não existe regra para comunicar uma má notícia, porque existem pessoas com características e particularidades próprias para esse processo, logo, o profissional deve agir de acordo com os casos, saber que tipo de informação a pessoa quer receber e qual o grau de conhecimento em relação à doença.

## 2.2.4 PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA O PROCESSO DE TRANSMISSÃO DE MÁ S NOTÍCIAS

A exploração de conhecimento na área de más notícias permitiu a construção de protocolos para este tipo de intervenção. Constitui uma série de atitudes e comportamentos que abrem a porta para uma intervenção humana, séria, compassiva e técnica (Galvão et al., 2015).

O modelo de comunicação de Buckman, através do protocolo de SPIKES constitui um paradigma orientador para a transmissão de más notícias. A comunicação deficiente conduz o doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança em relação ao profissional de saúde (Barbosa et al., 2016)

O protocolo de actuação para o processo de transmissão de más notícias divide-se em seis passos:

- Ter um ambiente adequado (*Setting*): o local onde é transmitida uma má notícia deve ser restrito de barulho; as interrupções devem ser evitadas; deve assegurar-se o conforto e privacidade dos intervenientes; e avaliar se o doente quer a presença de mais alguém.
- Compreender a percepção do doente sobre a doença (*Perception*): deve ser identificado o que o doente sabe acerca do impacto da doença no seu futuro; os detalhes da fisiopatologia e do diagnóstico são importantes para que a informação transmitida seja adequada às necessidades da pessoa.
- Obter um convite à transmissão da informação (*Invitation*): é um passo crucial, havendo um pedido explícito do doente no sentido de querer a informação, é mais fácil prosseguir com a comunicação; deve ser simplesmente perguntado ao doente o que pretende saber.
- Fornecer a informação e educar (*Knowledge*): deve ser reforçado o que o doente sabe acerca da situação, utilizando as suas expressões sempre que possível; avisar o doente acerca das iminentes más notícias; utilizar linguagem simples e não técnica; manter as informações claras e sucintas; validar sempre o que o doente disser.
- Responder às emoções do doente com empatia (*Emotions*): é importante estar atento às reacções do doente (verbais e não verbais) e às pistas que este vai dando, permite identificar as suas expectativas e sentimentos ao longo do processo de comunicação de transmissão de má notícia; o silêncio deve ser respeitado, não interpretar como mera

ausência de palavras, mas com interesse pelo que é dito pelo doente; deve ser dado espaço ao doente para que possa integrar o que foi dito.

- Fazer uma síntese estratégica (*Summary*): neste último passo é feita uma revisão da informação transmitida; é importante resumir os dados relativos às prioridades do doente, às questões médicas e ao plano para o futuro.

Robert Twycross (2003) afirma a “dificuldade do médico e do enfermeiro em dizer a verdade ao paciente, quando essa verdade está ligada com a finalidade da sua vida e a ausência de perspectiva de cura. Colocam-se em jogo o seu próprio medo e as pressões culturais, o que leva o paciente, irreversivelmente, ao desespero e à depressão” (Carvalho et al., 2012, p. 45).

### **2.2.5 ESTRATÉGIAS DO PROCESSO DE TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS**

Para que este processo corra da melhor forma, é necessário que a pessoa indicada tenha conhecimento de como começar a conversa e ter em mente alguns detalhes que são essenciais (Barbosa et al., 2016):

- 1- Dividir e compartilhar a informação: com vocabulário acessível, tom de voz suave e firme. Ser claro, durante a partilha, falar pausadamente, dando a possibilidade para o paciente também intervir. Fazer perguntas e validar a compreensão utilizando o toque afectivo;
- 2- Estar disponível para responder empaticamente às emoções do doente: mostrar-se disponível para o ouvir, permanecer junto dele e estimular, permitir a expressão de sentimentos de forma verbal ou não verbal.
- 3- Planear e combinar o acompanhamento, falar de forma clara dos sintomas, prognósticos e tratamento junto do paciente, pensar previamente na informação que deve ser passada ao paciente sobre o seu prognóstico e tratamento, como manter o controlo da reacção emocional que surge após dar uma má notícia, estabelecer metas de curto e médio prazo, de forma a atingi-las, argumentar acerca da disponibilidade de cuidado e não abandono, e no caso de necessidade, verbalizar onde pode encontrá-lo.

#### **Controlo da situação depois de transmitir uma má notícia**

Esse procedimento torna-se adequado à forma como o profissional vai desenvolver a conversa com o paciente e a família, em relação ao novo percurso da pessoa em causa, que está frágil,

debilitada e que precisa de ajuda em várias esferas, como psicológica, social, cultural, espiritual. Depois de receber a notícia, podem surgir outras necessidades no decorrer do processo de cuidar do paciente grave, por essa razão, manter a escuta activa, o olhar fixo e validar tudo aquilo que o paciente referir, é um pormenor de extrema importância, para poder dar uma estabilidade da situação causada (Galvão et al., 2015).

### **Características ou seleção da pessoa que transmite a má notícia ao paciente**

Comunicar más notícias pressupõe dificuldades acrescidas e a capacidade para uma adaptação constante a novas fracções de uma realidade infeliz. A decisão de quem fornece determinada notícia ao doente deve depender da relação deste com a equipa, sendo que o ideal seria que recaísse sobre a pessoa em quem o doente mais confia; contudo, essa escolha acaba muitas vezes por depender também da própria cultura institucional (Barbosa et al., 2016).

Para muitos médicos e enfermeiros, dar a informação ao paciente sobre o diagnóstico e prognóstico é muito difícil, por ser visto como o agente que traz uma mudança brusca na vida de alguém, conduzindo-o a uma perda de esperança, levando alguns médicos a evitar levá-lo a cabo.

### **2.2.6 OBSTÁCULOS NO PROCESSO DE TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS**

Os obstáculos da transmissão de más notícias em contexto de saúde podem ter origem no doente ou no enfermeiro, assim como:

- Doente – Constitui um dos obstáculos principais porque muitas vezes, embora desejando ser informado, não questiona directamente o profissional de saúde por uma questão de medo ou empatia. O doente fica menos informado do que seria desejável e, na esperança de que irá recuperar, voltará para casa. Deste modo, os profissionais não têm *feedback* relativamente ao facto da informação transmitida não ser a mais adequada (Barbosa et al., 2016).
- Enfermeiro – Uma maior experiência profissional não é sinónimo de maior competência a nível da comunicação; pelo contrário, nota-se que são os enfermeiros mais jovens aqueles que procuram aperfeiçoar-se nessa área. Como ser humano, nunca deixa de sentir-se desconfortável diante de uma situação de constrangimento, porque o paciente já sofre pela doença em si e ainda temos que causar sofrimento pela

informação dada pelo enfermeiro. Isso leva-nos a pensar como proceder diante dessa situação.

Os outros obstáculos podem ser:

- O impacto da informação no doente – Permite o consentimento informado, reduz a ansiedade, aumenta o compromisso e a adesão, aumenta a aceitação dos procedimentos, aumenta a responsabilidade do doente, preserva a dignidade, conduz ao respeito e promove os sentimentos de segurança.
- Avaliação das necessidades de informação do doente – A entrevista desenvolvida pelo técnico deve potencializar a concepção do doente sobre os seus sintomas e a sua doença.
- Tipo de informação a transmitir ao doente – Para ser mais eficaz deve basear-se no que vai acontecer, no que o doente irá sentir e nas estratégias de *coping* que deverá utilizar.
- Selecção do conteúdo da comunicação – As opiniões dos doentes e dos técnicos, os objectivos comportamentais definidos, os critérios de julgamento e os critérios empíricos devem ser tidos em conta na hora de determinar aquilo que vai ser a transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro (Barbosa et al., 2016, p. 817).
- Recordação das consultas – A informação dada é mais facilmente lembrada quando está em consonância com as ideias pré-concebidas do doente sobre a sua doença e tratamento.

### **2.2.7 POSSÍVEIS SITUAÇÕES DIFÍCEIS NO PROCESSO DE TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS**

As más notícias afectam negativamente as expectativas de vida do paciente/família devido às situações vivenciadas. Pode ser considerado má notícia o diagnóstico da doença, uma capacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica, uma doença do foro psiquiátrico progressivamente desestruturante na vida e futuro da pessoa, a morte de um familiar ou outra pessoa significativa (Barbosa et al., 2016). Neste sentido, contribui para a inexistência de estabilidade a vários níveis, seja a nível dos pensamentos, das palavras ou das atitudes.

### **2.2.8 PORMENORES QUE PODEM SERVIR DE RECURSO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS:**

- Esteja absolutamente seguro: Na fase de transmissão do diagnóstico, torna-se imperativo a certeza histológica do mesmo. O prognóstico de não existência de cura implica também a exploração de todos os recursos terapêuticos existentes na actualidade, susceptíveis de serem utilizados.
- Procurar um local tranquilo: Se o doente pode deambular de um lugar para outro com maior privacidade e comodidade, não se deve impedir. Se o doente está acamado e a enfermaria não é individual, devem correr-se as cortinas e diminuir o tom de voz. Se a informação é transmitida no domicílio, deve fechar-se a porta de casa.
- O doente tem direito a conhecer a sua situação: É um acto humano, ético e legal. Informar uma pessoa que tem uma doença mortal é, acima de tudo, um acto inesquecível. Este momento é considerado o mais difícil e o de maior fraqueza do profissional de saúde, no entanto, eticamente é importante e permite ao doente exercer o seu direito de autonomia;
- Gradual: Não é um acto único e deve-se evitar dar demasiada informação no primeiro encontro;
- Não diga nada que não seja verdade: A autenticidade é uma qualidade em qualquer relação humana e é indispensável para o binómio profissional de saúde/doente. A verdade é o antídoto do medo, é um potente agente terapêutico que nos torna livres e autónomos: o terrível conhecimento é melhor que o terrível desconhecimento;
- Não retirar a esperança: Todos os profissionais desta área sabem muito bem que o doente necessita de manter a esperança (Carvalho et al., 2012).

### **2.3 A CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

A conspiração de silêncio, é definida como “Acordo tácito ou explícito para manter o secretismo acerca de uma qualquer situação ou acontecimento; está normalmente relacionada com o diagnóstico ou prognóstico. Tem o objectivo de proteger o doente, sobretudo quando este é visto como vulnerável” (Lotra, 2017, p. 10).

No processo de conspiração de silêncio, o profissional de saúde deve entender e respeitar este momento, sem julgar ou criticar, perceber o motivo para esta decisão, averiguar se existe contexto particular, como (social, religioso e pessoal), compreender os custos da conspiração

de silêncio, mostrar sempre disponibilidade para dar apoio, realizar conferência familiar e dar tempo para elaborar toda a informação.

### **2.3.1 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

É da total responsabilidade do técnico guardar esse segredo, uma vez pedido pelo próprio paciente ou por consenso da equipa médica. Assenta no objectivo do técnico proteger o paciente em função do quadro clínico que este apresenta. Quando o paciente o pede ao enfermeiro ou médico, pode ter vários motivos como: o tipo de doença, proteger os familiares de possível sofrimento, com medo de ser abandonado pela família ou pela sociedade (Lotra, 2017).

No meu ponto de vista, o profissional de saúde deve ter bastante cautela quando se submete a essa situação, já que implica os direitos do paciente e familiares, assim como o respeito pelo momento em que se encontra a vivenciar a família. Numa relação, a confiança e a segurança deve estar sempre presente, se suceder o contrário pode gerar conflitos e dificultar a relação, deixando o profissional numa situação complexa, porque falamos de uma pessoa frágil e debilitada no ponto de vista físico e psicológico, que por falta de partilha de informação, pode aumentar o sofrimento e diminuir as suas expectativas em relação à sua realidade.

### **2.3.2 POSSIBILIDADE DO ENFERMEIRO LIDAR COM SITUAÇÕES DE CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

A possibilidade de o enfermeiro assistencial ter de lidar com situações de conspiração de silêncio é cada vez maior, pelo facto de Angola, em particular Malanje, o Hospital que faz parte do estudo (HGM), não tem serviço de CP, nem profissionais específicos para manter o controlo destes pacientes com maior dedicação e profissionalismo. Estes pacientes encontram-se distribuídos em várias secções, como a UCI, banco de urgência de medicina (BUM), sanatório e salas de internamento, sobre o cuidado de enfermeiros escalados por sistema de turnos; sendo este um factor que dificulta o acompanhamento adequado da evolução do quadro clínico do paciente, assim como a relação eficiente com o paciente e familiares.

## 2.4 A MORTE

A morte faz parte do processo natural e biológico do ser humano, sendo assim, irreversível. O acto de morrer significa o fim da vida. A morte não pode ser desvinculada da vida, mas integrada a ela, de forma a valorizá-la (Barbosa et al., 2016).

É um evento que encerra uma vida e nenhum outro evento vital é capaz de suscitar nos seres humanos reacções emocionais quase sempre drásticas, principalmente nos familiares que permanecem. Essa perda ocasiona dor profunda envolvendo pensamentos, comportamentos e sentimentos, podendo aumentar com o grau do apego do parente com o paciente (Areia et al., 2017).

O mundo que rodeia as pessoas não as ensina a morrer, tudo na vida é feito para alcançar metas, objectivos, facilidade material e sentimental. Tudo ao redor tenta esconder a existência da morte, como se a mesma fosse um assunto não tão vivido e nem discutido na sociedade, pelo contrário, havendo necessidade cada vez maior de discutir sobre a tão assustadora e temida morte.

É muito difícil lidar com esse sentimento, às vezes o indivíduo sente-se em total desilusão, sem ânimo, e sem vontade de continuar a viver, tanto para o paciente na fase final como para os familiares depois da perda. A pessoa que está a vivenciar esse momento, acaba por pensar que já não vê mais sentido na sua vida, e para ele, naquele momento, não importa mais nada, tudo o que tinha foi retirado, e o forte sentimento de angústia e vazio, juntamente com a dor, acaba por tomar conta da sua vida (Delalibera et al., 2015).

Tenta-se camuflar a dor de todas as formas, recorrendo ao trabalho, à família, à religião. Se não for vivida e tratada, será uma ferida que nunca cicatrizará, complicando-se cada vez mais. O impacto do óbito sobre os familiares sofre influência de crenças religiosas e culturais, mas resulta em reacções gerais, como aturdimento, busca de justificativas, desorientação e reorganização, assemelhando-se às fases vividas pelo indivíduo no processo de morte. Nesse processo, a família necessita muito de assistência e a enfermagem tem, assim, mais uma das suas contribuições, e como foco principal a família, visto que a mesma está abalada devido ao processo de morte do ente querido. Essa assistência deverá ser prolongada, ou seja, a equipa continuará o seu trabalho inicial mesmo depois do óbito, fazendo com que haja uma melhor aceitação por parte dos familiares (Barbosa et al., 2016).

## **2.5 COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE LUTO**

O luto é o sentimento de pesar pela morte de outro ser. Existem várias formas de expressão de luto em diversas situações como: perda de um parente, emprego, danos materiais ou modificações corporais. Quando a família acompanha todo o processo de cuidar do seu familiar, já é um processo de adaptação para o que poderá acontecer, esse vínculo ajuda e facilita no processo de aceitação perante a situação do seu familiar até à fase final (morte). O luto consiste na adaptação de perda significativa. O apoio no luto deve começar logo no início das perdas, perante a família e o doente respeitando o seu tempo (Barbosa et al., 2016).

### **2.5.1 TIPOS DE LUTO**

Existem alguns tipos de luto, tais como:

- Luto normal;
- Luto complicado (inibido, mascarado e retardado);
- Luto psico-patológico (caracterizado por alterações do padrão, ideias suicidas e o assumir reacções do falecido, ou a conversar com o falecido);

A evolução saudável de um processo de luto visa transferir, na esfera emocional, a vinculação em relação a um objecto perdido para memória da expressão dessa mesma vinculação.

### **2.5.2 FASES DO IMPACTO DO LUTO NOS FAMILIARES**

Fundamentaram quatro fases do impacto do luto nos familiares:

- Fase de entorpecimento: nesta fase a pessoa está desligada da realidade, atordoada, desamparada e com difícil aceitação.
- Fase de anseio e protesto: emoções fortes, grande sofrimento psicótico e agitação física com sentimento de raiva de si e das pessoas que o rodeiam.
- Fase de desespero: bastante complexa, momento de apatia e depressão, afastamento das pessoas e das actividades diárias, falta de interesse pelas tarefas rotineiras e consequentemente perda de apetite e de peso.
- Fase de recuperação e restituição: começa a adaptar-se ao significado que essa perda tem na vida, retorno à vida, instabilidade presente nos relacionamentos sociais, investimento em novas amizades e também no reatar de laços antigos.

### **2.5.3 IMPORTÂNCIA DO APOIO DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA ENLUTADA**

De acordo com a minha experiência como estudante do Mestrado em Cuidados Paliativos, o apoio ao luto, deve ser oferecido de forma precoce pelo enfermeiro ao paciente grave ou em fase terminal e estende-se até à família. Valorizando o sofrimento, e procurando oferecer respostas de compreensão empática que visam reduzir o sofrimento do outro.

### **2.5.4 IMPACTO DESSA ACCÇÃO NO SEIO FAMILIAR**

A nível familiar, o acompanhamento permanece, respeitando o tempo que for necessário, desta forma podemos evitar situações de luto complicado ou patológico, mas sim, tratar de garantir um processo de luto saudável. Após um tempo que pode ser um ou dois meses, o psicólogo deve mostrar-se disponível a ajudar a família, e posteriormente, a marcar a primeira intervenção, caso houver um interesse em querer ser ajudado a superar este momento difícil. Como sinónimo de profissionalismo, ajuda humana ou amor ao próximo. Tive a oportunidade de ouvir vários relatos e filmes e devo concluir que muitos familiares concordavam que precisavam de ajuda, ao invés de outros que preferiam o silêncio ou o tempo (Barbosa et al., 2016; Picollo et al., 2018).

Este é um momento em que a comunicação tem um papel muito relevante, visto que a capacidade de escuta e a atenção é a chave do cuidar destes pacientes. Facilita a expressão de sentimentos, respeita e valida o momento que o paciente está vivenciar. Segundo a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2016), o processo de luto deve ser de especial atenção, com a elaboração específica de intervenção (Neto, 2008).

### **2.5.5 OBJECTIVO DO ESTUDO**

Este estudo tem a finalidade de contribuir para um maior conhecimento sobre a comunicação em cuidados paliativos dos enfermeiros em Angola, e terá como fio condutor a seguinte questão: Qual a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos?

O estudo tem como objectivos:

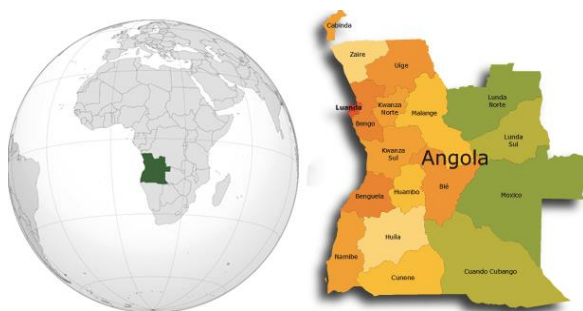
- Caracterizar os desafios à comunicação dos enfermeiros que integram unidades de cuidados intensivos, bancos de urgência e sanatórios do Hospital Geral de Malanje.
- Analisar as dificuldades de comunicação em cuidados paliativos entre enfermeiros e doentes graves ou em fase terminal e familiares durante o percurso da doença.
- Conhecer a percepção da equipa de enfermagem sobre o conceito de más notícias.
- Identificar as estratégias da comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem na transmissão de más notícias (diagnóstico, prognóstico, alteração do quadro clínico, alteração do plano terapêutico, e a morte) ao doente grave e familiares.
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com a comunicação no processo de conspiração de silêncio.
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o luto do doente e família.

## CAPÍTULO 3. METODOLOGIA DO ESTUDO

### 3.1 ÁREA DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Geral da Província de Malanje, situada na República de Angola. Angola tem uma população estimada em 24.3 milhões de habitantes, com uma densidade média de 15.5 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de fecundidade é de 6.4 filhos por mulher, com 48% da população menor de 15 anos. O país está dividido em 18 Províncias, 161 municípios e 519 comunas (Carreira et al., 2010, pp. 1-2).

(Figura 1). Províncias de Angola



Fonte: <http://www.angolaconsulate-ca.org/v2/geografia>

A província de Malanje situa-se no planalto Norte de Angola. Tem como capital a cidade de Malanje. e uma população estimada em 745.666 habitantes, cuja densidade é de 224 hab/km<sup>2</sup>, a Província tem 14 municípios e 67 comunas.

(Figura 2) Municípios da província de Malanje



Fonte: [www.worldmapfinder.com](http://www.worldmapfinder.com) Mapa de Angola

### 3.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório quali-quantitativo. A recolha de dados foi feita mediante entrevista semi-estruturada. Sendo o objectivo principal deste estudo identificar a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos.

### 3.3 AMOSTRA

<b>Enfermeiros (N=16)</b>	
<b>Idade</b>	<b>25-60 anos</b>
<b>Sexo</b>	Masculino
	Feminino
	Unidade de cuidados intensivos
<b>Área de trabalho</b>	Banco de urgências de medicina
	Sanatório
<b>Anos de trabalho</b>	Mais de um ano

Estes participantes foram seleccionados pelo método não probabilístico por conveniência.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros assistenciais que trabalham na UCI, sanatório e BUM, com um mínimo de um ano de actuação profissional e idade compreendida entre os 25 e os 60 anos, que cuidam de doentes graves com doença incurável progressiva sem possibilidade terapêutica de cura. Serão excluídos enfermeiros com menos de um ano de actuação profissional, e que não trabalham nas áreas seleccionadas.

### **3.5 RECOLHA DE DADOS**

A recolha dos dados foi realizada de Março a Junho de 2019 através de entrevistas individuais semi-estruturadas (Apêndice A) e posteriormente analisadas, abordando as seguintes dimensões:

- A comunicação do enfermeiro com o paciente durante o percurso da doença até à fase terminal;
- Transmissão de más notícias (diagnóstico, prognóstico, alteração do quadro clínico, alteração do plano terapêutico e morte);
- Comunicação no processo da conspiração de silêncio;
- Comunicação no processo do luto entre o enfermeiro, paciente e família enlutada.

As pessoas entrevistadas foram seleccionadas pelos chefes de cada secção na minha presença, e de acordo com os dias marcados para entrevista. Foram informados sobre o objectivo e finalidade do estudo, assim como a garantia de confidencialidade das respostas (Apêndice B).

Após a obtenção da disposição em participar no estudo, as pessoas foram contactadas pela investigadora na referida unidade hospitalar para aplicar a entrevista e obter as informações. As entrevistas foram conduzidas mediante um guião (Apêndice A) como suporte para alcançar os objectivos traçados, e a clarificação das questões também foram efectuadas pela investigadora, quando solicitada.

### **3.6 ANÁLISE DA INFORMAÇÃO E TÉCNICAS UTILIZADAS**

Os dados obtidos foram codificados de forma a permitir o tratamento estatístico no programa Statistical Package for The Social Sciences (IBM® SPSS), versão 24 para Windows.

As análises e testes estatísticos que foram utilizados para suportar os resultados e conclusões do estudo são:

#### **Estatística descritiva**

Realizou-se uma análise exploratória e consequentemente, descritiva dos dados. As variáveis foram classificadas em numéricas e codificadas. A caracterização da amostra foi obtida através da análise de frequência. Para cada variável numérica calculamos indicadores de estatística descritiva, nomeadamente a percentagem e a média, estabelecendo em alguns

casos, tabelas de contingências. As variáveis qualitativas ou categoriais foram descritas através de frequências absolutas e relativas.

### **Análise comparativa**

A associação de variáveis foi testada através do teste do Qui-Quadrado. A comparação destas variáveis quantitativas entre “frequência de lidar com situações que geram conspiração de silêncio e a área de trabalho”.

### **Relação entre variáveis**

Este procedimento estatístico permite determinar o grau de associação entre variáveis, isto é, procurou-se medir a relação entre duas variáveis, essa por sua vez foi testada através do teste exato de Fisher como alternativa do teste de quiquadrado sempre que as condições de aplicabilidade deste teste não foram satisfeitas. O teste estatístico foi conduzido para um nível de significância de 5%, ou seja, considerámos que havia significância estatística quando  $p < 0,05$ .

## **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Levou-se em consideração todos os aspectos éticos relacionados com a pesquisa com seres humanos, o projecto foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa com parecer favorável sob resolução CHUNL n° 43/19 (Apêndice C). Foi explicado em detalhe aos entrevistados com propósito de desenvolver o estudo. Após a entrevista, foi-lhes solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Esclarecido (Apêndice B).

## **CAPÍTULO 4. RESULTADOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS**

Dos 16 enfermeiros entrevistados, a idade estava compreendida entre 34-66 anos, com uma média de 43.63 anos ( $DP = 8,90$ ), dos quais 10 são do sexo masculino, o que representa 62.5% e 6 do sexo feminino para 37.5%.

Quanto à distribuição por área de serviço, 5 trabalham na unidade de cuidados intensivos, 4 no banco de urgência de medicina e 7 no sanatório com uma média de 10,31 anos de experiência de trabalho.

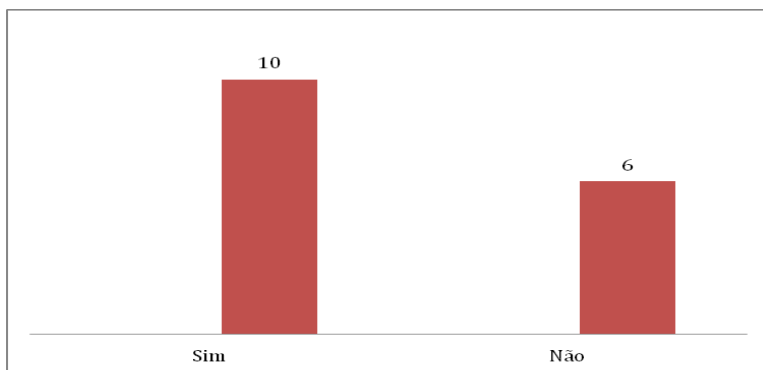
Quanto à profissão, podemos observar que 4 são enfermeiros especialistas, 10 licenciados em enfermagem e 2 técnicos básicos em enfermagem, Destes, 13 trabalham como enfermeiros assistencias, 1 na área administrativa, 1 como chefe de seção e como 1 supervisor de internamento.

### **4.2 A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO/PACIENTE NO PERCURSO DA DOENÇA ATÉ Á FASE TERMINAL**

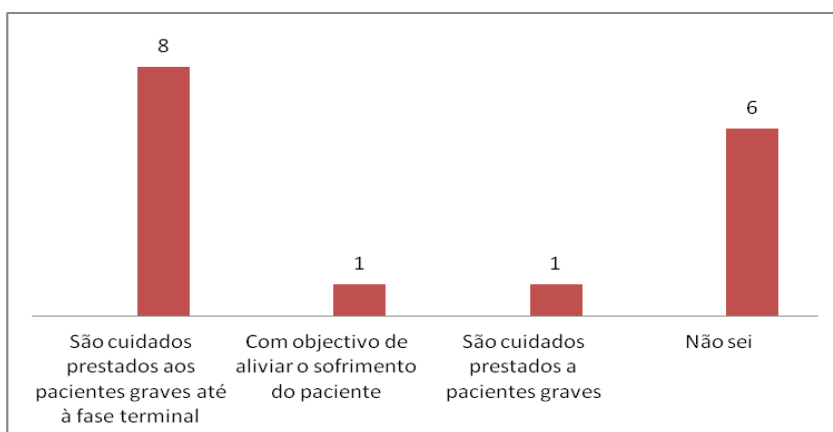
#### **4.2.1 CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS OU CONTINUADOS**

As respostas dadas pelos enfermeiros sobre o conhecimento de cuidados paliativos, mostram que 10 enfermeiros (62.5%) têm conhecimento básico sobre este conceito e outros 6 (37,5%) mostraram não conhecer essa terminologia. Dos 10 que tinham conhecimento, 8 (50%) definiram como cuidados prestados aos pacientes graves até à fase terminal, 1 (6.25%) como objectivo de aliviar o sofrimento do paciente, e 1 (6.25%) respondeu que são cuidados prestados aos pacientes graves, todos estes conceitos se aproximam da definição de cuidados paliativos, como mostra o gráfico 1 e 2.

**Gráfico 1. Conhecimento sobre cuidados paliativos**



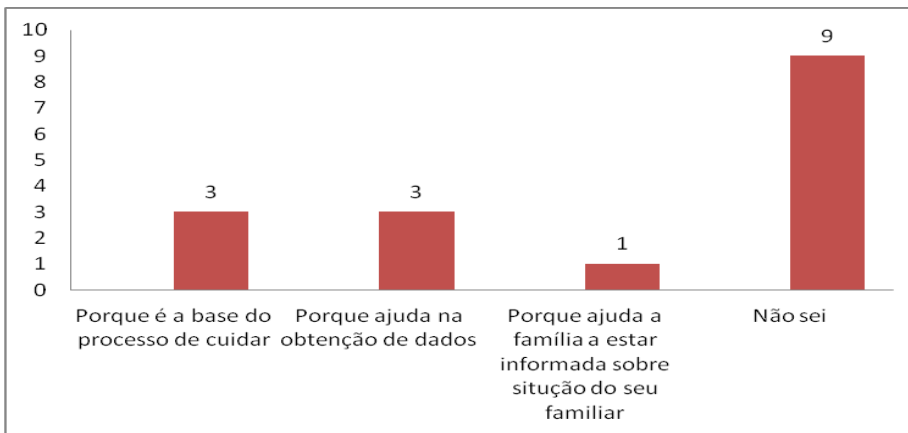
**Gráfico 2. Justificativa sobre conhecimento de cuidados paliativos**



#### **4.2.2 IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA O ENFERMEIRO, PACIENTES/FAMÍLIA**

Sobre a importância da comunicação em cuidados paliativos, verificou-se que os 16 entrevistados que representa (100%) reconheceram que a comunicação é muito importante no processo de cuidar, apontando diferentes justificativas: 3 (18.75%) responderam que é a base do processo de cuidar, 3 (18.75%) porque ajuda na obtenção de dados, 1 (6.25%) porque ajuda a família a estar informada sobre a situação do seu familiar e 9 (56.25%) não souberam justificar, como mostra o gráfico 3.

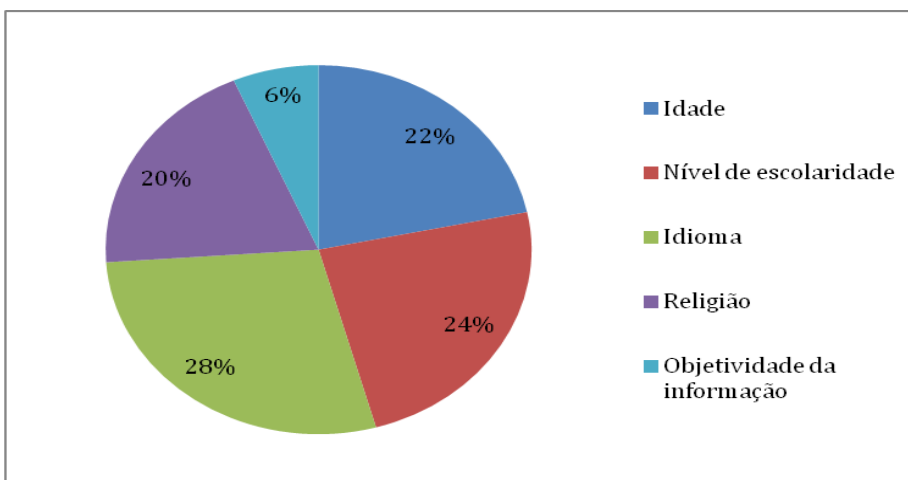
**Gráfico 3. Justificativa da importância da comunicação na prática de enfermagem para pacientes/familiares**



**4.2.3 FACTORES FACILITADORES E LIMITADORES DA COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO/PACIENTE/FAMÍLIA**

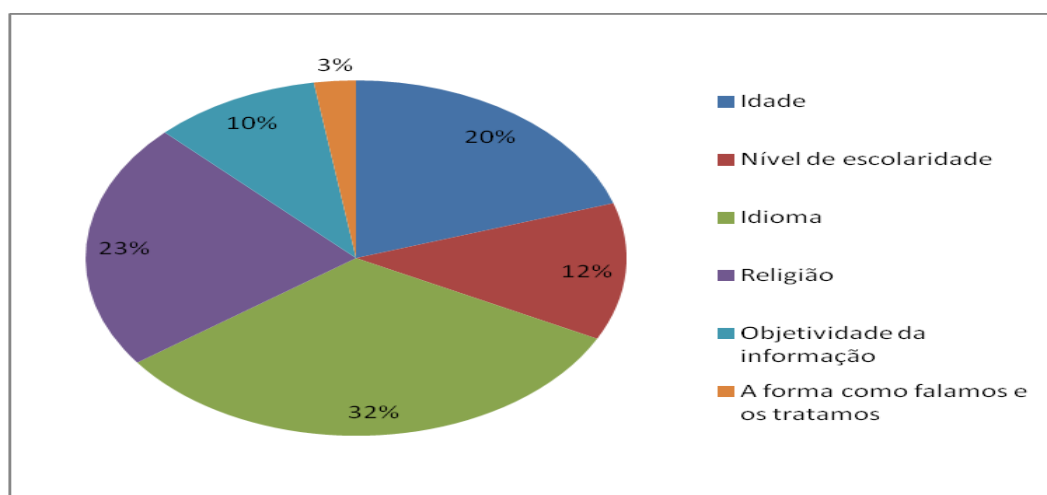
Factores identificados como facilitadores: 28% corresponde ao idioma, 24% ao nível de escolaridade, 22% a idade, 20% a religião e 6% a objectividade da informação, como mostra o gráfico 4.

**Gráfico 4. Factores Facilitadores**



Como mostra o gráfico 5, os factores identificados como limitadores: 32% corresponde ao idioma, 23% a religião, 20% a idade, 12% o nível de escolaridade, 10% a objetividade da informação e 3% a forma como falamos e os tratamos.

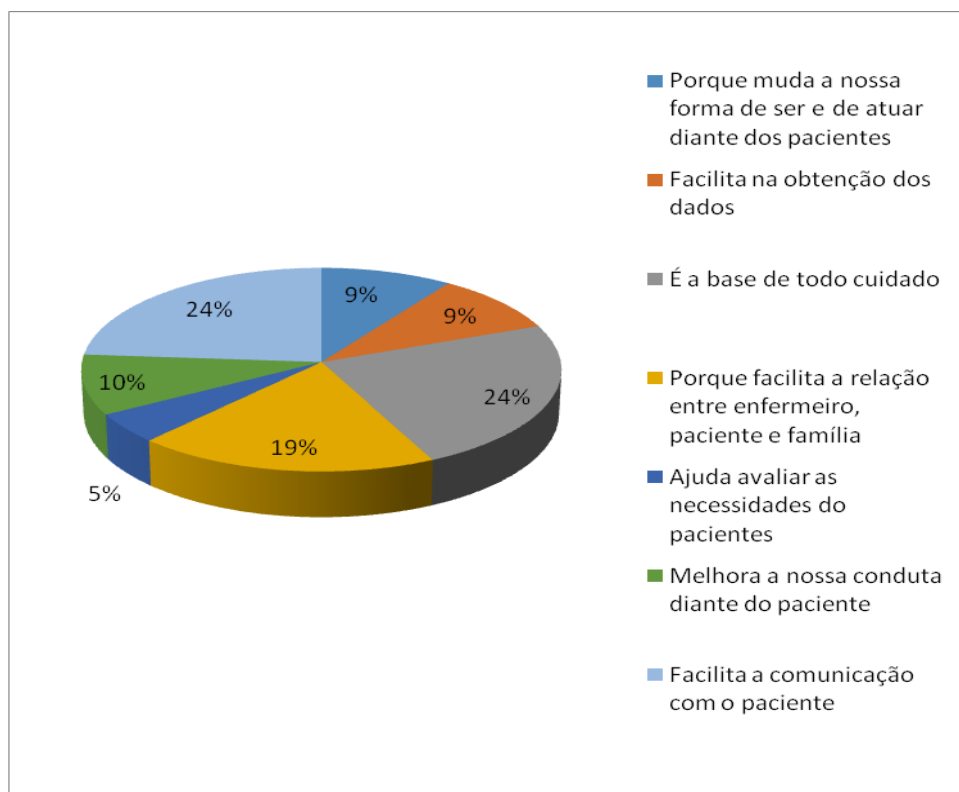
**Gráfico 5. Factores Limitadores**



#### **4.2.4 NECESSIDADE DE FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA COMUNICAÇÃO COM PACIENTES GRAVES OU EM FASE TERMINAL**

Os 16 entrevistados, que representam 100%, consideram necessário ter esta formação para poder oferecer melhores cuidados aos pacientes graves ou em fase terminal, 24% referiram que é a base de todo o cuidado e facilita a comunicação com o paciente; 19% responderam que ajuda a melhorar a comunicação entre enfermeiro, paciente e família. As restantes justificações estão apresentadas no Gráfico 6.

**Gráfico 6. Justificativa da necessidade de formação no âmbito da comunicação**



### **4.3 TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS**

#### **4.3.1 PREPARAÇÃO PARA TRANSMITIR MÁS NOTÍCIAS AOS PACIENTES E FAMILIARES**

Os 16 entrevistados que representa (100%) responderam que se sentem preparados para transmitir más notícias a pacientes e familiares, e 7 (43.75%) justificaram que essa preparação se deve à experiência de trabalho e anos de serviço.

#### **4.3.2 SITUAÇÕES MAIS DIFÍCEIS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS**

Dos 16 enfermeiros entrevistados face à questão sobre o que é mais difícil no processo de comunicação de más notícias, 13 respostas foram múltiplas com uma variedade de duas a quatro alternativas, e 3 com uma alternativa para cada, com os seguintes resultados, 13 (81.25%) responderam que a morte é a situação mais difícil de transmitir, 12 (75%)

afirmaram que o diagnóstico é outra situação complexa, 9 (56.25%) mostraram que a alteração do quadro clínico é outro factor que torna o processo de transmissão de más notícias difícil e 7 (43.75%) expuseram que o prognóstico também é difícil de transmitir como mostra a Tabela 1.

As diferentes justificativas em relação ao processo de comunicação de más notícias foram: 4 entrevistados (25%) falaram por ser o momento mais difícil da vida de qualquer pessoa, 3 (18.75%) responderam por ser uma situação difícil de aceitar que irá acontecer, 3 (18.75%) por ser uma situação que gera conflitos entre enfermeiros e familiares e outros 3 (18.%) não sabiam explicar porque é difícil este processo de comunicação de más notícias.

**Tabela 1. Situações mais difíceis no processo de transmissão de más notícias**

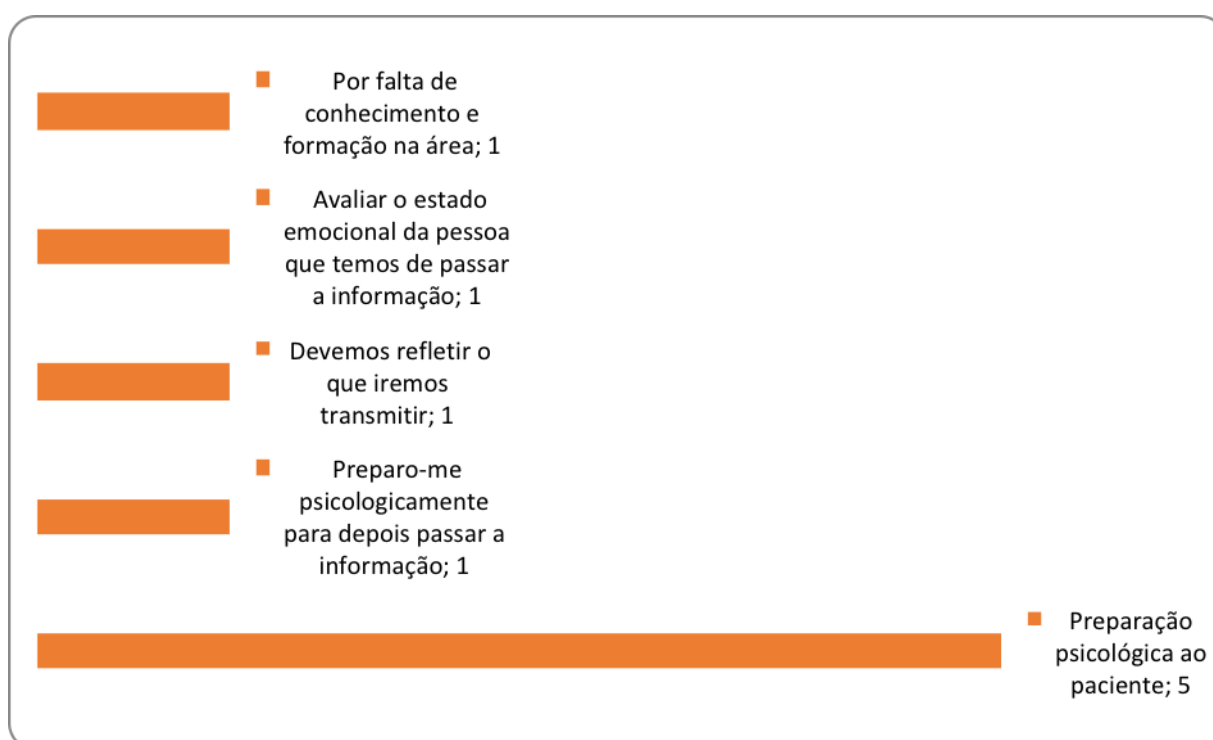
Situações	Frequência	Percentagem
Diagnóstico, Prognóstico, Alteração do quadro clínico, Alteração de tratamento terapêutico.	1	6,3
Diagnóstico, Prognóstico, Alteração do quadro clínico, Tratamento de cuidados continuados	1	6,3
Diagnóstico, Prognóstico, Alteração do quadro clínico, Morte	2	12,5
Diagnóstico, Prognóstico, Alteração de tratamento terapêutico.	1	6,3
Diagnóstico, Prognóstico, Morte	2	12,5
Diagnóstico, Alteração do quadro clínico, Tratamento de cuidados continuados, Morte	1	6,3
Diagnóstico, Alteração do quadro clínico, Morte	3	18,8
Diagnóstico, Morte	1	6,3
Alteração do quadro clínico, Morte	1	6,3
Morte	3	18,8
Total	16	100,0

### 4.3.3 ESTRATÉGIA PARA TRANSMITIR MÁS NOTÍCIAS

Dos 16 entrevistados, 9 (56.25%) responderam que recorrem a uma estratégia antes de transmitir uma má notícia e 7 (43.75%) não utilizam nenhuma estratégia.

Os entrevistados que responderam sim, 5 (31.25%) como mais relevante justificaram que a estratégia utilizada é a preparação psicológica do paciente. As restantes justificações estão no Gráfico 7.

**Gráfico 7. Estratégia utilizada antes de transmitir más notícias ao paciente/família**



### 4.3.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DEPOIS DE TRANSMITIR UMA MÁ NOTÍCIA AO PACIENTE/FAMÍLIA

Relativamente à estratégia utilizada depois da comunicação de más notícias, observa-se que 8 entrevistado equivale a 50% responderam que utilizavam uma estratégia e 8 que representa 50% disseram que não utilizam nenhuma estratégia (Anexo 1).

Os entrevistados que responderam que sim, 4 deles que representa 25% justificaram que a estratégia utilizada é estar mais próximo do paciente para deixá-lo mais seguro, 3 equivale a

18.75% responderam que se preparam para oferecer apoio psicológico ao paciente e família, e 1 que representa 6.25% respondeu dar ajuda à família.

#### **4.3.5 MODELOS IDENTIFICADOS NO PROCESSO DE TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS**

Dos 16 entrevistados, 14 (87.5%) referem utilizar o modelo compartilhado durante o processo de transmissão de más notícias, 1 (6.25%) o modelo informativo e 1 (6.25%) o modelo paternalista durante a sua prática profissional diária.

#### **4.3.6 FORMAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS**

Relativamente à formação sobre comunicação de más notícias, 15 entrevistados (93.75%) não têm formação nesta área, só 1 (6.25%) têm conhecimento básico do tema e a formação que recebeu foi “comunicação com paciente grave ou em fase terminal”.

### **4.4 CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

#### **4.4.1 CONCEITO DE CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

Verificou-se que dos 16 enfermeiros, 5 que representa (31.25%), definiram que é quando o enfermeiro omite a verdade, 5 (31,25%) como uma situação em que o paciente não quer que informem a sua família sobre a sua enfermidade e 6 (37.5%) não conseguiram dar uma definição exata desta terminologia.

#### **4.4.2 FREQUÊNCIA DE LIDAR COM SITUAÇÕES QUE GERAM CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

A frequência com que os enfermeiros lidam com situações de conspiração de silêncio, é bastante relativo, das três áreas, a unidade de cuidados intensivos com um total de 7 afirmações positivas dadas pelos enfermeiros é a mais propensa de ocorrer situações do género (Tabela 2).

Na Tabela 3 onde relacionamos frequência de lidar com situações que geram conspiração de silêncio em função da área de trabalho, para verificar associação entre as variáveis, realizou-se o teste de Qui-quadrado. O teste mostrou que não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p > 0,005$ ).

**Tabela 2. Tabela de contingência: Frequência de lidar com situações que geram conspiração de silêncio em função da área de trabalho**

	Com que frequência lida com situações que geram conspiração de silêncio?				Total
	Todos os dias	Duas vezes por semana	Nunca	Poucas vezes	
Unidade de cuidados intensivos	1	2	0	4	7
Área Banco de urgências de medicina	0	1	0	2	3
Sanatório	0	3	1	2	6
Total	1	6	1	8	16

**Tabela 3. Prova de qui-quadrado. Com que frequência lida com situações que geram conspiração de silêncio?**

**Testes de qui-quadrado**

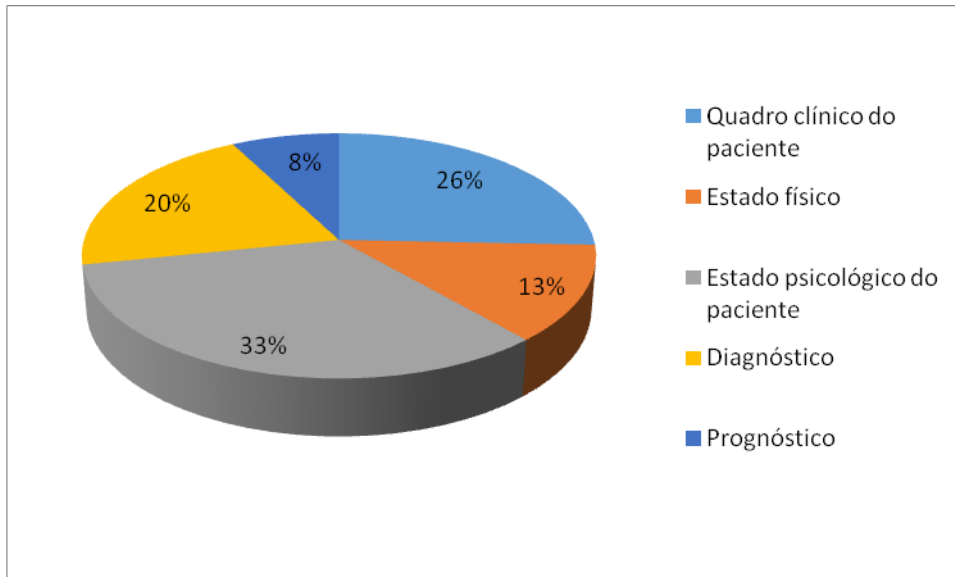
	Valor	df	Sig. Assint. (2 lados)	Sig exata (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	3,937 <sup>a</sup>	6	,685	,869
Razão de verossimilhança	4,615	6	,594	,895
Fisher's Exact Test	4,502			,895
N de Casos Válidos	16			

a. 12 células (100,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é ,19.

#### **4.4.3 A EQUIPA DE ENFERMAGEM FACE A SITUAÇÕES DE CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO**

Sobre as motivações da equipa de enfermeiros para submeter a situações de conspiração de silêncio, 33% refere que o estado psicológico do paciente é a principal causa para se submeter a estas situações com o objetivo de proteger o paciente, 26% responderam o quadro clínico do paciente, 20% diagnóstico, 13% o estado físico e 8% o prognóstico, como mostra o gráfico 8.

**Gráfico 8. Motivação do enfermeiro para submeter a situações de conspiração de silêncio**



#### **4.4.4 IMPLICAÇÕES QUE ESTE PROCESSO TEM PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE/ PACIENTE/FAMÍLIA**

Relativamente às implicações correspondentes ao paciente no processo de conspiração de silêncio, a não preparação psicológica para receber a informação da enfermidade, com 31%, é a principal implicação para o paciente; proteger o paciente e o estado de ânimo com 28% ambas correspondem à segunda implicação neste processo, e a esperança de vida com 13% é a terceira implicação.

Para os familiares observa-se que 37% refere o estado de ânimo como a principal implicação para a família, seguido da esperança de vida com 33% e a não preparação psicológica para receber a informação da enfermidade com 27% e 3% responderam que a família pode desprezar o paciente.

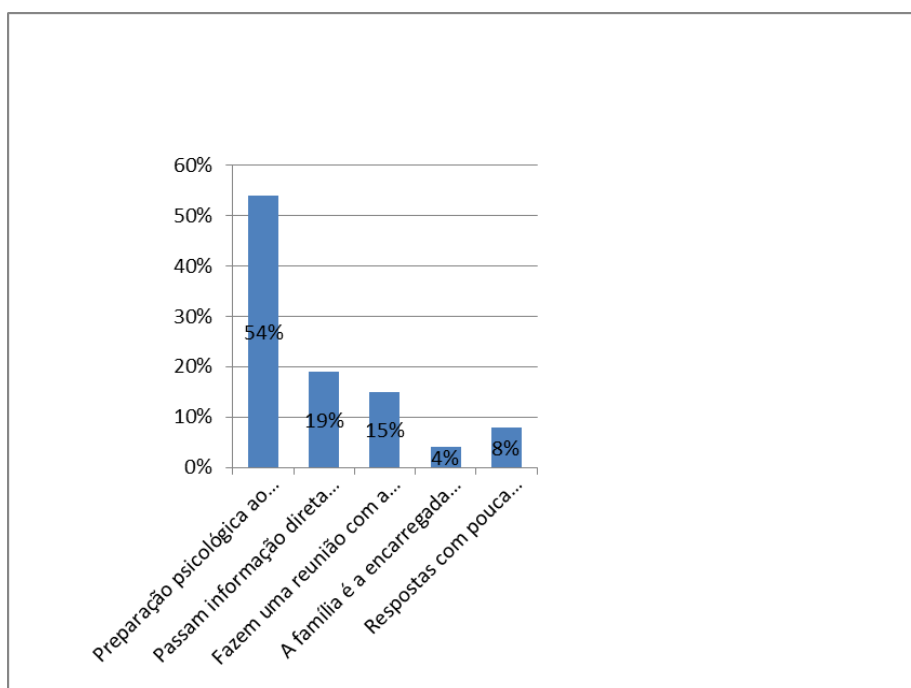
Quanto às implicações dos profissionais da saúde, observa-se que 60% referiu a compreensão por parte da família como a principal implicação, 30% compreensão por parte do paciente,

5% porque não queremos ser mal vistos pelo paciente e os familiares, e 5% deles não responderam.

#### 4.4.5 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS DIANTE SITUAÇÕES DE CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO

Relativamente às diferentes estratégias utilizadas pelos enfermeiros diante destas situações, constatou-se que dos 16 enfermeiros, que representa 54%, responderam que realizam preparação psicológica ao paciente antes de passar a informação, 19% passam informação direta ao paciente, 15% fazem uma reunião com a família, 4% a família é a encarregada de passar a informação ao paciente e 8% foram respostas com pouca relevância, como mostra o (Gráfico 9).

**Gráfico 9. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros diante situações de conSPIRAÇÃO de sillêncio**



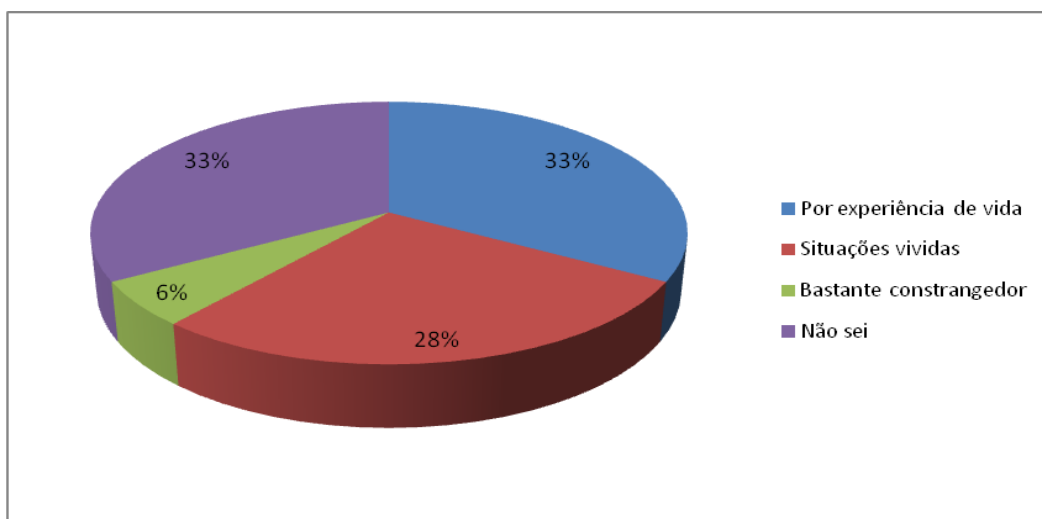
## 4.5 LUTO DO PACIENTE E FAMÍLIA

### 4.5.1 PREPARAÇÃO PARA LIDAR COM SITUAÇÃO DE LUTO DO PACIENTE E DA FAMÍLIA

Sobre a preparação dos profissionais de saúde que lidam com situações de luto do paciente e família, observa-se que 9 (56,25%) afirmam estar preparados para lidar com estas situações, e 7 (43,75%) afirmam não estar preparados para essa situação.

No Gráfico 10, observa-se a justificativa dos profissionais de saúde relativamente a preparação para lidar com estas situações, em que a experiência de vida é a principal resposta que representa 33%, 28% por situações vividas, 33% não souberam responder, e 6% responderam que é um processo bastante constrangedor.

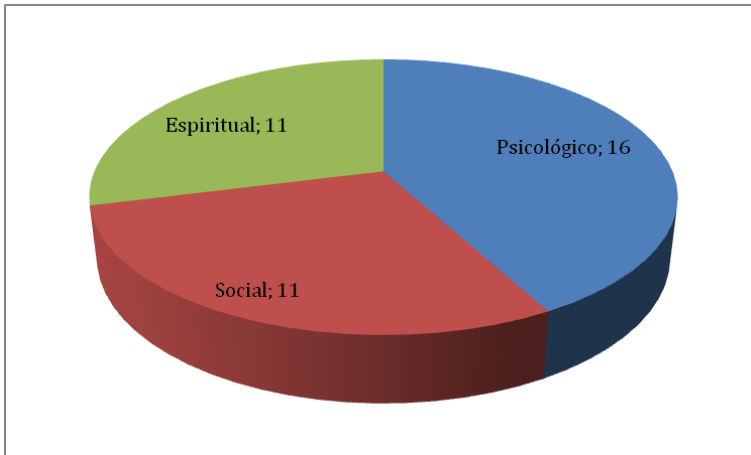
**Gráfico 10. Justificativa dos enfermeiros quanto a preparação para lidar com o luto do paciente/ família**



### 4.5.2 ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA AJUDAR O PACIENTE A VIVENCIAR A FASE FINAL DA SUA VIDA

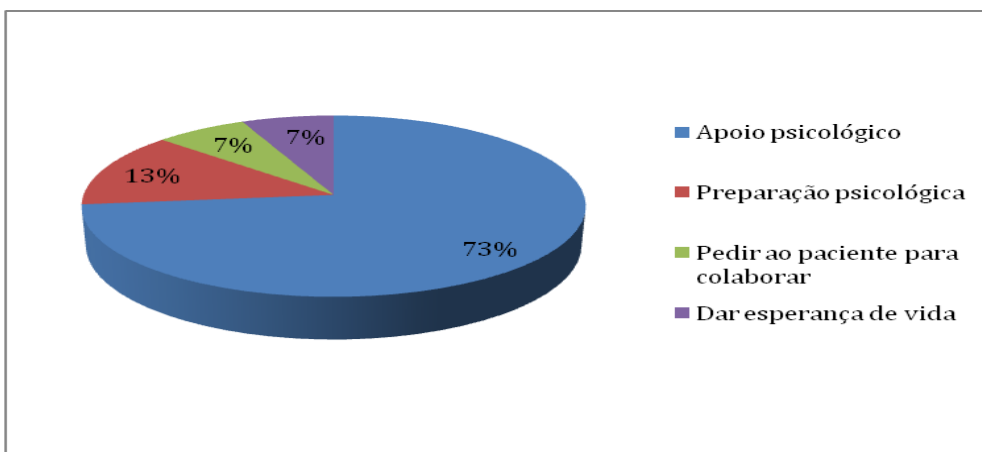
No Gráfico 11, observa-se que dos enfermeiros entrevistados 11 que correspondem 68,75% consideram importantes os três factores para ajudar o paciente a viver essa fase final de sua vida, outros 5 que representa 31,25% consideram importante o factor psicológico.

**Gráfico 11. Percepção dos enfermeiros sobre a importância dos factores psicológico, social e espiritual durante o processo de luto**



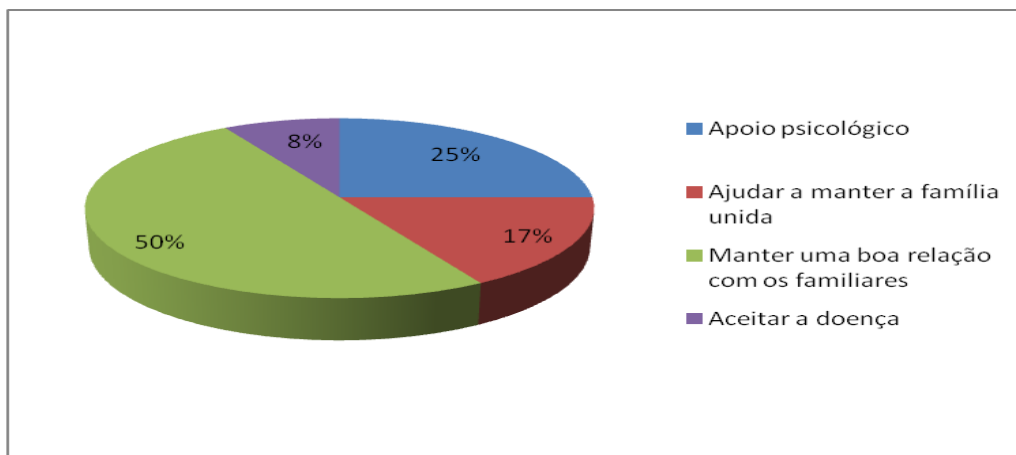
O Gráfico 12, mostra que no ponto de vista psicológico o apoio psicológico é o mais relevante com 73%.

**Gráfico 12. Factores psicológicos no processo de luto**



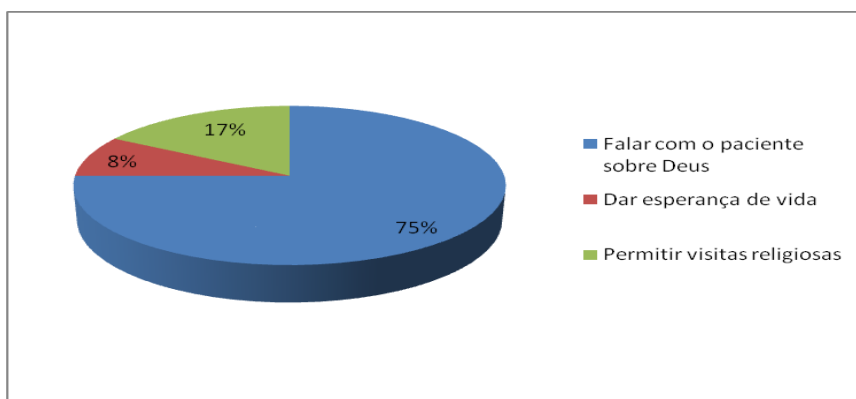
Do ponto de vista social (Gráfico 13), manter uma boa relação com família foi o factor mais importante (50%) e o apoio psicológico o segundo factor mais importante com 25%.

**Gráfico 13. Factores sociais no processo de luto**



Do ponto de vista espiritual (Gráfico 14), mostra que falar com o paciente sobre Deus é o mais relevante com 75%.

**Gráfico 14. Factores espirituais no processo de luto**

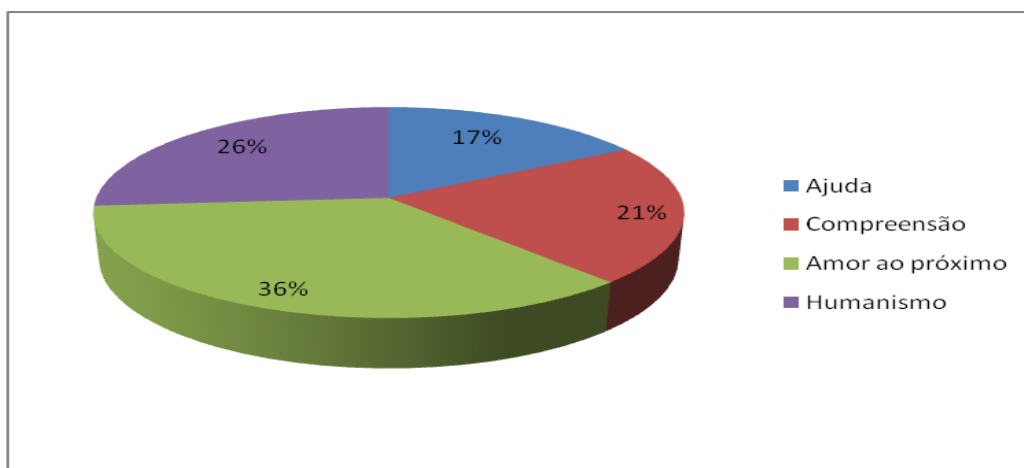


#### **4.5.3 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO APOIO À FAMÍLIA ENLUTADA**

Dos 16 entrevistados, 100% afirmaram que o apoio do enfermeiro à família enlutada é muito importante.

No Gráfico 15, pode-se observar o impacto que tem esta ação de apoio no seio da família, em que 36% responderam que o amor ao próximo é o principal impacto para a família, e 26% sublinham o humanismo durante esta situação de apoio.

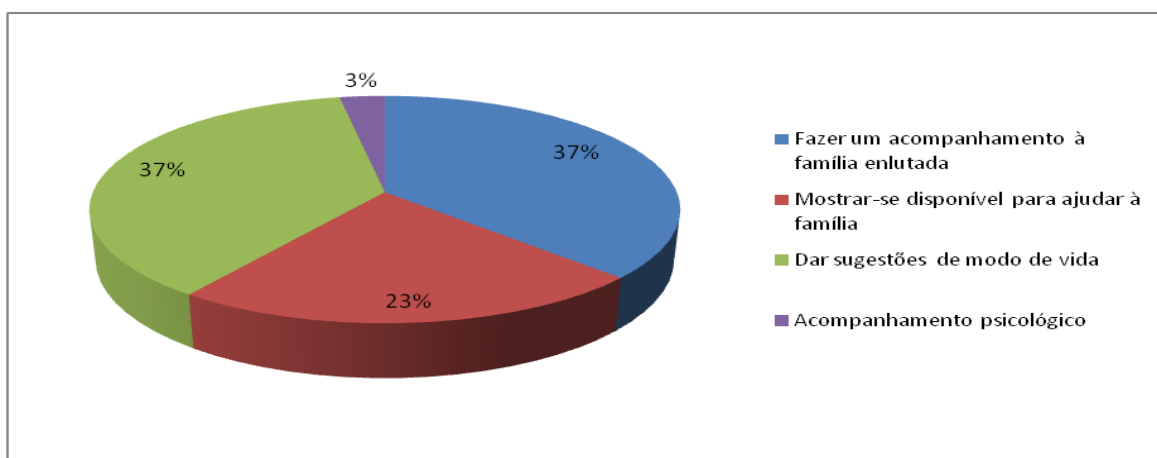
**Gráfico 15. Impacto do apoio do(a) enfermeiro(a) à família enlutada**



#### 4.5.4 MEDIDAS UTILIZADAS PARA APOIAR E ACOMPANHAR A FAMÍLIA ENLUTADA

Das medidas utilizadas para acompanhar a família enlutada, observa-se que fazer um acompanhamento da família (37%) e dar sugestões de modo de vida correspondem às medidas mais utilizadas nestes casos (37%), assim como mostrar-se disponível para ajudar a família (23%). O gráfico 16 mostra as diferentes justificativas dadas pelos enfermeiros.

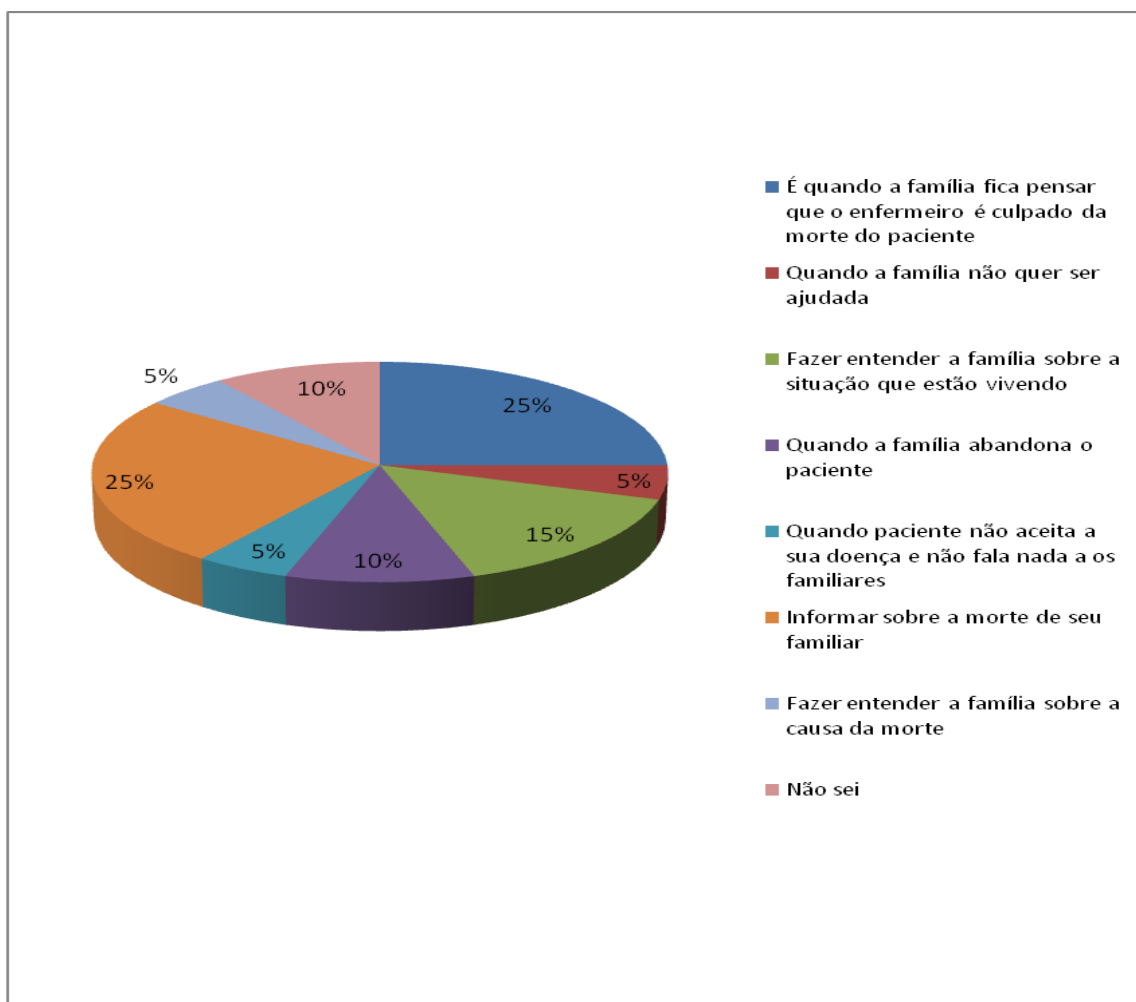
**Gráfico 16. Medidas utilizadas para acompanhar a família enlutada**



#### 4.5.5 PRINCIPAIS DIFICULDADES DO ENFERMEIRO AO COMUNICAR-SE COM A FAMÍLIA ENLUTADA

Como mostra o (Gráfico 17), as principais dificuldades do processo de luto com a família diante da perda são: (25%) deles afirmam que é quando a família pensa que o enfermeiro é o culpado pela morte do paciente, (25%) quando o enfermeiro tem que informar a família sobre a morte do paciente, (15%) é quando o enfermeiro tem que fazer entender a família da situação ocorrida.

**Gráfico 17. Principais dificuldades do enfermeiro no processo de luto com a família enlutada**



#### **4.5.6 FORMAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DO LUTO**

Relativamente à formação específica sobre comunicação do processo de luto, observa-se que 15 enfermeiros (93.75%) não têm formação nesta área, e 1 (6.25%) respondeu ter conhecimento sobre o tema.

## **CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO**

Este estudo permitiu identificar a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos. Participaram no estudo 16 enfermeiros actuantes de três áreas: cinco da Unidade de Cuidados Intensivos, sete do Hospital Sanatório e quatro do Banco de Urgência de Medicina do Hospital acima referido, no período de Março a Junho de 2019.

De forma a evidenciar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com a literatura científica que deram suporte ao estudo teórico, bem como inferir se os objectivos iniciais se concretizaram após análise estatística, iremos de seguida apresentar reflexões críticas acerca dos resultados obtidos.

Reletivamente às características dos entrevistados, constatou-se que a média de idade é de 43.63 anos, dos quais 62.5% representam o sexo masculino e 37.5% o sexo feminino. Essa média de idades ajusta-se aos critérios de inclusão realizados para esta investigação, e facilita a avaliação das informações obtidas.

Quanto à distribuição por área de serviço, 31.25% deles trabalham na unidade de cuidados intensivos, 25% no banco de urgências de medicina e 43.75% no sanatório, com uma média de 10,31 anos de serviço; tempo suficiente para deparar-se com situações traçadas como objectivo para esta investigação.

A seleção dos enfermeiros decorreu em função das áreas onde há maior incidência de situações ou casos clínicos que requerem um serviço de cuidados paliativos. Porém, para que estes cuidados sejam aplicados corretamente, é necessário conhecimento e experiência de trabalho, mas essencialmente, formação especializada em CP, de modo a proceder-se à constituição de equipas de cuidados paliativos que darão resposta às necessidades que estes pacientes apresentam.

Constatou-se que 62.5% dos entrevistados apresentam um perfil profissional de licenciados em enfermagem, e 81.25% trabalham diretamente na área assistencial. Esses dados acabam por dar suporte à informação obtida para o desenvolvimento do estudo.

## **Conhecimento sobre a comunicação em cuidados paliativos**

Relativamente a percepção dos enfermeiros quanto ao conhecimento sobre cuidados paliativos, constatou-se que apesar dos entrevistados terem mais de dez anos de experiência de trabalho e um perfil profissional adequado, ainda assim, o conhecimento sobre cuidados paliativos é um campo vazio, já que os dezasseis entrevistados selecionados para o estudo não têm formação sobre comunicação em cuidados paliativos, o que justifica o défice de conhecimento sobre tal (Martín et al., 2005).

## **Comunicação em cuidados paliativos**

Quanto à importância da comunicação em cuidados paliativos, depois de analisar as informações obtidas, observou-se que todos os enfermeiros reconhecem a sua importância na relação entre enfermeiro, pacientes e respectiva família, tendo como base o processo de cuidar. Apesar de 56,25% não terem argumentado o porquê da importância, todos os entrevistados ficaram bastante entusiasmados em querer falar mais sobre o tema, pelo facto de ser uma abordagem a situações frequentemente ocorridas nas unidades hospitalares. Essa satisfação e interesse apresenta-se como uma resposta positiva, e leva-me a pensar que o processo de aceitação e respectiva implementação desse serviço será fácil e muito importante (Carvalho et al., 2013).

Sobre os factores facilitadores e limitadores da comunicação entre enfermeiro/paciente grave ou em fase terminal e família, identificou-se que o idioma é o factor facilitador e limitador com maior incidência. Uma vez que os estudos mostram que a comunicação é a base de todo o processo de cuidar e as informações obtidas para a investigação condizem com estes estudos, assim se demonstra a importância da formação sobre a comunicação em cuidados paliativos para os enfermeiros que lidam com os pacientes graves ou em fase terminal.

No que concerne a necessidade de formação no âmbito da comunicação para os profissionais que cuidam destes pacientes, observou-se que todos os entrevistados reconhecem a importância dessa formação, dando diversas justificativas como: ajuda a manter uma boa relação entre enfermeiro, paciente e família, o que se repercute na qualidade de vida dos pacientes (Vida, 2017).

## **Más notícias**

Quanto à preparação dos enfermeiros para transmitir más notícias, chegou-se à conclusão que a necessidade de obter conhecimento sobre a temática é de carácter urgente. Apesar de todos os participantes terem respondido que estão preparados, o que invalida as respostas é o facto de ser um conhecimento empírico, ou seja, sem justificativo científico que dê sustentabilidade às respostas e as torne mais credíveis. O interessante foi ter percebido que as áreas seleccionadas para o estudo, têm-se deparado constantemente com estas situações, actuando sem saber exactamente o que estão a fazer e como fazer (Lotra, 2017).

Diante das situações mais difíceis no processo de transmissão de más notícias, os resultados obtidos mostram que a morte é a situação mais difícil para o enfermeiro comunicar ao paciente e à família, com uma percentagem de 81.25%, porque trata-se da possibilidade de acontecer ou ocorrer um conjunto de alterações psicológicas, sociais e espirituais no paciente/família depois de receber a informação. É sabido que ninguém está preparado(a) para enfrentar e aceitar com facilidade uma má notícia que compromete a sua vida (Barbosa et al., 2016).

Quanto às estratégias utilizadas pelos enfermeiros antes de transmitir uma má notícia ao paciente/família, os resultados mostram que 56.25% recorrem a estratégias, dos quais 31.25% justificaram as suas respostas, afirmando que todas as estratégias usadas estão na base da experiência de trabalho e anos de serviço, sem justificativo científico que sustente as técnicas realizadas. Isso pode suceder pelo facto de não terem formação na área, o que mostra a necessidade que estes e outros enfermeiros de unidades hospitalares têm de conhecer esse tema (Galvão et al., 2015).

Relativamente às estratégias utilizadas pelos enfermeiros depois de transmitir uma má notícia, os resultados evidenciam que 50% responderam que utilizam estratégias, e justificaram que estão na base de experiência de trabalho e anos de serviço sem justificativo científico que dê suporte às técnicas realizadas para manter o controlo da situação causada ao paciente e familiares. Reações manifestadas de forma independente e diferente, que podem chegar a complicar o quadro clínico do paciente ou causar desorganização no seu funcionamento familiar (Barbosa et al., 2016).

Quanto aos modelos de carácter do enfermeiro durante o processo de transmissão de más notícias, mostra-se que apesar de não terem formação na área, possuem algumas qualidades que facilitam a atuação durante esse processo; o modelo compartilhado com uma percentagem de 87.5% é o que mais os caracteriza e aproxima dos pacientes (Barbosa et al., 2016).

Entretanto, quando analisamos o tema referente à formação específica sobre comunicação de más notícias, identificou-se que existe défice de conhecimento sobre o tema porque 93.75% responderam não ter formação na área; isso é muito preocupante porque se trata de um conjunto de aspectos que dão suporte na qualidade do cuidado e tratamento a ter com estes pacientes, e facilita na relação entre o enfermeiro, paciente e família.

### **Conspiração de silêncio**

Quanto ao conceito de conspiração de silêncio, os resultados demonstram que 62.5% dos enfermeiros têm um conhecimento básico sobre a terminologia, o que é um aspecto muito importante quanto aos direitos do paciente; assim como o cumprimento da ética profissional para enfermeiros durante a sua atuação frente a situações que geram conflitos ou complicações ao paciente do ponto de vista psicológico. Essa acção tem como objetivo principal proteger e respeitar o paciente e não pode ser violada sem o consentimento deste ou da família (Lotra, 2017).

Ao analisar a frequência com que os enfermeiros lidam com situações de conspiração de silêncio em função da área onde trabalham, foi interessante observar a relação que existe entre a frequência de lidar com estas situações e a área de trabalho de cada enfermeiro. Constatou-se que 5 enfermeiros da unidade de cuidados intensivos, que representa 31.25% da amostra, 4 deles, representando 25%, mostraram não ter conhecimento desta terminologia e não têm como identificar a frequência com que lidam com estas situações. Das três áreas selecionadas para o estudo, a unidade de cuidados intensivos é a que se depara com mais episódios desta índole, sendo assim a mais necessitada em recursos em CP.

Por outro lado, analisámos se a variável lidar com situações de conspiração de silêncio tinha relação com a área de trabalho através do teste qui-quadrado, e constatámos uma diferença estatisticamente significativa ( $P > 0,005$ ). Tal facto, leva-nos a determinar que as variáveis são

independentes, ou seja, lidar com situações de conspiração de silêncio não depende da área de trabalho.

Relativamente à motivação do enfermeiro para se submeter a situações de conspiração de silêncio, os resultados mostram que o estado psicológico do paciente, que representa 33%, é o principal factor, e em segundo lugar com 26% responderam o quadro clínico do paciente, com o objectivo de manter controlo do estado psicológico do paciente e garantir o equilíbrio do quadro clínico. Quando o estado psicológico do paciente já está alterado, receber uma má notícia vai alterar ainda mais o seu quadro, chegando a comprometer a sua vida. Apesar deste ter todo o direito a ser informado sobre a sua doença, independentemente do seu quadro clínico. Quando o mesmo se encontra consciente, o enfermeiro não tem o direito de mentir ou ocultar informações sobre o seu estado. É uma situação que deve ser respeitada e negociada.

No momento de analisar as implicações que o processo de conspiração de silêncio pode ter para o paciente, família e os profissionais de saúde, os resultados mostram que a não preparação psicológica para receber a informação da enfermidade com 31% é a principal implicação para o paciente, o estado de ânimo com 37% como a principal implicação para a família, e para o profissional de saúde 60% referiu que compreensão por parte da família como a principal implicação. O seu principal propósito é manter uma boa relação com o paciente e a família para que a comunicação seja a mais clara possível e não haja conflitos nem perda de confiabilidade nos profissionais de saúde.

Quando analisamos as diferentes estratégias utilizadas pelos enfermeiros diante destas situações, constatou-se dos 54% responderam que sim, os justificativos mostraram que as estratégias são todas adaptativas por experiência e anos de serviço para manter o controlo da situação. Porque, na verdade, não existe nenhum protocolo estipulado na referida instituição para estas situações, e os profissionais de saúde concentram-se em proteger o paciente, já que é muito importante actuar desta forma.

## **Luto**

Ao identificar se os enfermeiros estão preparados para lidar com situações de luto do paciente e da família, 56,25% afirmam estar preparados, justificando que a experiência de vida é a principal resposta com 61%. Esses dados mostram que existe défice de conhecimento sobre a forma de lidar com situações de luto, apesar de terem justificado a percepção que têm sobre o

luto, não foi de caráter científico, mais sim proveniente de experiência e anos de serviço, podendo não ser suficiente para dar resposta às necessidades do paciente e da família que vivenciam essa situação.

O outro aspecto que enfatizamos foi a estratégia utilizada para ajudar o paciente a vivenciar essa fase final da vida, do ponto de vista psicológico, social e espiritual; constatou-se que 68.75% consideraram importantes os três factores para ajudar o paciente a vivenciar essa fase, porque a mente é a parte mais afetada diante dessa situação e o processamento ocorre a longo prazo ou durante toda a vida.

Quanto à percepção dos enfermeiros sobre a importância do apoio à família enlutada, constatou-se que 100% afirmaram ser indispensável o apoio do enfermeiro à família enlutada para uma melhor compreensão da situação, e facilita também a manter um controlo sobre a situação ocorrida e as fases do luto que a família irá passar. A intervenção do enfermeiro é muito importante nesta fase.

Com relação às medidas utilizadas para apoiar a família enlutada, identificou-se que fazer um acompanhamento à família (37%) e dar sugestões de modo de vida (37%), correspondem às medidas mais utilizadas nestes casos e mostra ser mais relevante quanto às necessidades que podem apresentar naquele momento. Nota-se que ainda à muito o que fazer para poder oferecer apoio de qualidade a família enlutada, e isso só é possível quando a conhecimento da matéria (Aparício et al., 2015).

Das dificuldades dos enfermeiros ao comunicar-se com a família enlutada, o estudo mostra que a principal situação com 25% é quando a família pensa que o enfermeiro é culpado pela morte do paciente e (25%) quando o enfermeiro tem que informar a família sobre a morte do paciente; estes resultados ilustram a importância do enfermeiro ter conhecimento sobre a comunicação no processo de luto com a família enlutada para não ser mal interpretado, e saber defender-se quando isso acontece (Picollo et al., 2018).

Sobre a formação específica em comunicação no processo do luto, constatou-se que dos 16 inquiridos para o estudo, só 1 teve formação sobre comunicação com pacientes graves, e isso mostra a grande necessidade que os enfermeiros do referido hospital têm em ter conhecimento sobre a comunicação no processo de luto. Por ser muito importante para a sua prática diária,

para que dêem atenção adequada a estes pacientes e familiares, e garantir um processo de luto saudável.

## 5.1 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Face aos resultados obtidos nesta investigação, é pertinente refletir sobre as implicações da percepção dos enfermeiros no âmbito da comunicação em cuidados paliativos. Porque o conhecimento insuficiente sobre as diferentes áreas dos cuidados paliativos aliada à experiência profissional limitada pode, portanto, comprometer o atendimento das pessoas com estas necessidades e dificultar a relação entre enfermeiro, paciente e família.

Portanto, é importante que se trace de forma estratégica acções para dar resposta às implicações do estudo, como:

- A nível da Academia - criar medidas que visam promover a importância dos cuidados paliativos, como por exemplo: apresentação de comunicações/pósteres sobre cuidados paliativos (ex. “Sábados Académicos” no Instituto Superior Politécnico de Malanje), jornadas científicas, simpósios nas instituições de ensino superior;
- A nível hospitalar - dar formação ou realizar palestras sobre temas que abordam cuidados paliativos nas instituições hospitalares, para melhorar a forma de actuação dos enfermeiros, e servir de incentivo para se formarem na área;
- A nível da Academia/Hospital - realizar e publicar estudos que mostrem a diferença existente entre os pacientes graves ou em fase terminal em cuidados paliativos e os que não estão sobre cuidados paliativos, de maneira a ilustrar a comparação dessa realidade;
- A implementação de serviços de Cuidados Paliativos no Sistema Nacional de Saúde angolano, poderá ajudar a manter um controlo das doenças graves ou sem possibilidade terapêutica de cura, garantindo uma morte digna a esta tipologia de pacientes;
- No centro de todo o sistema de cuidados de saúde, encontra-se o doente e é nele que devemos focar o nosso Saber e o nosso Humanismo.

## CONCLUSÃO

Os Cuidados Paliativos são uma área de desenvolvimento em vários países, na qual se tem investido de forma a garantir o acesso adequado a quem deles necessita.

Para garantir a qualidade dos Cuidados Paliativos, é condição essencial que esteja envolvida uma equipa com formação nesta área. A abordagem holística essencial neste tipo de cuidados implica conhecimento em diferentes áreas, desde a comunicação como a base dessa arte, até ao controlo de sintomas.

O trabalho realizado permitiu-me, além de um crescimento pessoal, em termos de processo de investigação, identificar vários problemas na actuação dos enfermeiros, e a forma de comunicarem com os pacientes graves ou em fase terminal e respectivos familiares.

- Identificou-se que existe dificuldade na comunicação entre o enfermeiro, paciente e família durante percurso da enfermidade, como resultado de défice de conhecimento sobre o conceito e a importância da comunicação no processo de cuidar dos pacientes e a integração dos familiares para um cuidar mais humanizado e profundo e, pelo facto de não haver formação nesta área.
- Os enfermeiros têm conhecimento superficial do quão importante é a comunicação adequada no processo de transmissão de más notícias. Relataram sentir-se preparados para lidar com situações deste género, pelo conhecimento proveniente de experiência de trabalho e anos de serviço, contudo, sem técnicas traçadas e justificativo científico, para actuar com profissionalismo e manter o controlo da situação da melhor forma.
- Constatou-se que a estratégia utilizada pelos enfermeiros no momento de transmitir uma má notícia, é a preparação psicológica ao paciente, técnica sem justificativo científico, fundamentada por experiência de trabalho e anos de serviço, e foram identificados 88% com o modelo compartilhado no momento de lidar com estas situações.
- Mediante o relato dos enfermeiros, identificou-se que a estratégia utilizada na comunicação durante o processo de conspiração de silêncio, é oriundo da experiência de trabalho e anos de serviço sem argumentos científicos. Com o objectivo de proteger o paciente em função do seu quadro clínico, e manter uma boa relação entre o enfermeiro e a família.

- Depois de ter ouvido os enfermeiros sobre as estratégias utilizadas para lidar com as diferentes fases do luto, atendendo às esferas, identificou-se que para a esfera psicológica é oferecido apoio moral como a principal estratégia para manter o equilíbrio da situação; no social a principal estratégia é manter uma boa relação com os familiares, e no âmbito espiritual falar com o paciente sobre Deus é a principal estratégia diante dessa situação.
- O estudo permitiu identificar que os enfermeiros do Hospital Geral de Malanje têm déficit de conhecimento sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos ou continuados na sua prática diária de trabalho. Embora a comunicação seja uma componente dos cuidados valorizados pelos enfermeiros, destaca-se a ausência de formação específica nesta área, sendo que as estratégias de comunicação baseiam-se, essencialmente, da experiência de trabalho e anos de serviço.

## **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O estudo apresenta algumas limitações. A primeira diz respeito à dimensão da amostra e sua representatividade. Certamente que uma amostra maior e representativa dos enfermeiros das referidas unidades hospitalar, e incluir outros hospitais, permitiria uma maior validação e consistência dos resultados para investigação. O facto de a amostra ter sido seleccionada por conveniência, acaba por ser uma limitação que condiciona a generalização dos resultados.

O processo de pesquisa foi complexo e dificultado pelo facto de os cuidados paliativos ainda não estar estabelecido no Sistema Nacional de Saúde angolano, assim como no sistema de ensino aos profissionais de saúde. Há ainda um desconhecimento sobre os cuidados paliativos em Angola por parte da população e uma grande parte dos profissionais de saúde. Da revisão realizada sobre os cuidados paliativos em Angola, não se encontraram estudos sobre esta temática, dificultando a caracterização e enquadramento deste estudo em Angola. Por outro lado, a realização deste estudo constitui um contributo para o maior conhecimento sobre os cuidados paliativos em Angola.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A.C.P. (2012). *A família em cuidados paliativos: avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Alves, A. (2015). *Satisfação dos cuidados de enfermagem e de saúde à pessoa em fim de vida* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aparício, M., Bragança, J., Ferreira, J., & Rodrigues, C. (2015). *Apoio ao luto em familiares de clientes em cuidados paliativos*. Lisboa: Hospital da Luz.
- Areia, N., Major, S., & Relvas, A.P. (2017). Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: revisão crítica da literatura. *Psychologica*, 60( 1),137-152.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos*. Lisboa: ACSS.
- Balduino, A.F.A., Mantovani, M.F. & Lacerda, M.R. (2010). O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Escola Anna Nery*, 13(2), 342-351.
- Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F., & Neto, I.G. (eds.) (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bernardo, A., Monteiro, C., Simões, C., Ferreira, C., Pires, C., Pinto, C... Pereira, S. (2016). *Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal: posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Porto: APCP.
- Burlá, C., Py, L. (2010). *Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida*, *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6),1-3.
- Capelas, M.L., Silva, S., Alvarenga, M., Coelho, P. (2014). Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. *Revista de Cuidados Paliativos*, 1(2),7-13.
- Capelas, M.L., Silva, S., Alvarenga, M., Coelho, P. (2016). Cuidados paliativos: o que é importante saber. *Patient Care*, 21(225),15–20.
- Carreira, J., Oliveira, H. (2010). *Recursos hídricos e biodiversidade de Angola*. Alenquer: Escola Básica 2,3 Perô de Alenquer. Disponível em: <https://snirh.apambiente.pt/junior/concurso2010/escolas/EscolaEB23PerodeAlenquer/SJ4d6fc597f037e.pdf>
- Carvalho, F.M., Andrade, M.E., Freitas, M.M., Prata, M.F., Gonçalves, M.C. (2017). *Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em fase terminal*. International Nursing Congress 9-12 May 2017. pp. 1-3.
- Carvalho, R.T., Parsons, H.A. (orgs.) (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª ed. Brasil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Chaves, J.H.B., Mendonça, V.L.G., Pessini, L., Rego, G., & Nunes, R. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Revista Dor*, 12(3),250-255.

- Coriolano-Marinus, M.W.L., Queiroga, B.A.M., Ruiz-Moreno, L., & de Lima, L.S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23(4),1356-1369.
- Costa, A.S.J. (2014). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Costa, M.A., Antunes, M.T. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7),63–72.
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4),1119-1134.
- Diário de Notícias. (2018). *Angola necessita de programa institucionalizado para rastrear, prevenir e cuidar do cancro*. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/interior/angola-necessita-de-programa-institucionalizado-para-rastrear-prevenir-e-cuidar-do-cancro-9100889.html>
- Fernandes, M.A., Evangelista, C.B., Platel, I.C., Agra, G., Lopes, M.S., Rodrigues, F.A. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2589–2596.
- Figueiredo, R.M.S. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Porto: ICBAS.
- Galhano, B., Tenreiro, B., Ferreira, J., Liberal, F., Monteiro, A., Nunes, I. (2015). *O papel do enfermeiro no luto da família em unidades de internamento em cuidados paliativos*. Disponível em: [https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id\\_abstract=7286&id\\_event=157](https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=7286&id_event=157).
- Galriça, I.G., Marques, A.L., Gonçalves, E., Domingos, H., Feio, M. (2014). A propósito da criação da competência de medicina paliativa. *Cuidados Paliativos*, 1(1),13-16.
- Galvão, A., Valfreixo, M., Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura. *II Seminário Internacional em Inteligência Emocional: Livro de Resumos* (pp. 49-50).
- Gomes, A.L., Othero, M.B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-166.
- Guimarães, M.O.L. (2008). A eutanásia: aspectos gerais. In *A eutanásia: considerações penais* (99-164). São Paulo: Faculdade de Direito. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-07072010-151229/en.php>
- Lima, M.G., Nietzsche, E.A., Terra, L.G., Stangherlin, R.C., Belmont, T.D., Motta, C. A., ... Bottega, J.C. (2013). Percepção de enfermeiros sobre a morte e o morrer: influência do ensino acadêmico. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 39(2), 171–180.
- Lotra, V. (2007). A conspiração do silêncio nas más notícias: o aparente obstáculo intransponível. *Percursos*, 2(6),10-15.

- Lown, B. (2017). *A arte perdida de curar*. 1ª ed. São Paulo: Peirópolis.
- Marques, M.M., Paulino, F.G., do Val, L.F., Moraes, A.L. (2004). Reflexões sobre a assistência de enfermagem aos familiares que perderam um ente querido. *I Simpósio Internacional de Ciências Integradas da UNAERP*, 1-8.
- Martín, J.M., Trias, M., Gascón, J. (2005). Cuidados paliativos. *Anales de Pediatría*, 62( 5), 479.
- Menezes, M.S., Figueiredo, M.D.G. (2019). O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos: Revisão. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(1),72-77.
- Monteiro, F.F., Oliveira, M., Vall, J. (2010). A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Revista Dor*, 11(3),242-248.
- Mourão, R.A.M., Miranda G., Gonçalves, S. (2018). A comunicação organizacional enquanto conceito e processo: percepções dos peritos. *Comunicação Pública*, 13(25), 1-78.
- Neto, I.G. (2008). *Eutanásia: afinal de que falamos?* Porto: Associação Portuguesa de cuidados paliativos, 1-2. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/carta\\_publico\\_eutanasia\\_vfinal.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/carta_publico_eutanasia_vfinal.pdf)
- Neto, I.G. (2016). Cuidados paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa et al. (ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1–22). Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Miguel\\_Juliao3/publication/308902043\\_Terapia\\_da\\_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Juliao3/publication/308902043_Terapia_da_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242.pdf)
- Ordahi, L.F., Padilha, M.I., Souza, L.N. (2007). Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(5),965-972.
- Pereira, C.A.A. (2010). *A vivência da morte de um familiar num serviço de urgência: contributos da enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Porto: ICBAS.
- Piccolo, D.P., Fachini, M. (2018). A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Revista de Ciências Médicas*, 27(2),85-92.
- Pinto, J.M., Cunha, T.M. (2016). *Eutanásia e suicídio assistido: legislação comparada*. Lisboa: Assembleia da República.
- Porta, P.L.C. (2016). *Transmissão de más notícias* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2014). *Vamos falar de cuidados paliativos*. Brasil: SBGG. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>
- Sousa, AM. (2015). *Cuidar da criança/família em processo de doença aguda: a comunicação como intervenção terapêutica de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem.
- Victor, G.H.G. (2016). Cuidados paliativos no mundo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(3), 267–270.

Vida, A.C. (2017). *Comunicação e importância da verdade em cuidados paliativos*, (Trabalho Final de Mestrado Integrado). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Wikipédia. (2019). Malanje (província). Disponível em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Malanje\\_\(prov%C3%ADncia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Malanje_(prov%C3%ADncia))

## APÊNDICE



**FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**Guião de entrevista semi-estruturada**

<b>Apresentação do entrevistador</b>	Maura Fernanda Inácio Romão, docente do Instituto Superior Politécnico de Malanje, Licenciada em enfermagem, frequentando o 2º ano do mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
<b>Tema da Investigação</b>	Percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje/Angola sobre Cuidados Paliativos.

**Apresentação do estudo**

O presente questionário destina-se a uma investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com o objectivo de identificar a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje/Angola sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos, no período de Março a Junho de 2019. Mediante entrevistas individuais semi-estruturadas, que serão gravadas em áudio e transcritas, para posteriormente serem analisadas, os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (Dissertação de Mestrado), não devendo, por isso, colocar a sua identificação em nenhuma das folhas. A participação no estudo é voluntária e com maior controlo e proteção das informações obtidas.

## Caracterização sócio-demográfica do(a) enfermeiro(a)

Entrevista n° ____ Data: __/__/__ Hora do início: ____ Hora do término: ____
Idade: ____ Sexo: ____ Estado civil: _____ Categoria profissional: _____
Tempo de exercício profissional: _____
Área de atuação profissional: _____

## Questões inerentes aos objetivos do estudo

<b>Questão de investigação:</b> <i>Qual a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje sobre a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos?</i>	
<b>QUESTÕES CONTEXTUAIS</b> ↓	<b>QUESTÕES ORIENTADORAS</b> ↓
<i>1.º A comunicação diante do processo de cuidar é um vasto campo de informações, constitui um longo processo de aprendizagem para os enfermeiros, por ser a base da prática do cuidar dos pacientes de modo geral e, especialmente, os pacientes graves sem possibilidade terapêutica de cura. Esta, por sua vez, exige a partilha de conhecimentos através de comunicação aberta e clara com o doente e a família (primordial para uma interação de sucesso). Tendo em conta a afirmação exposta, como enfermeiro(a) assistencial, qual é a sua opinião sobre as seguintes questões expostas:</i>	<ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Já ouviu falar sobre cuidados paliativos ou cuidados continuados?</i></li><li><i>2. Qual a importância da comunicação na prática de enfermagem para os pacientes e familiares?</i></li><li><i>3. Para si, quais são os factores facilitadores/limitadores da comunicação entre enfermeiro/família do doente grave ou em fase terminal?</i></li><li><i>4. Considera necessária a formação no âmbito da comunicação para os profissionais de enfermagem que cuidam de pacientes graves ou em fase terminal?</i></li></ol>

<p><i>2º No exercício da sua profissão como enfermeiro(a) assistencial, que cuida de pacientes com doenças graves, sem possibilidades terapêutica de cura, esperando apenas a morte que poderá ser dentro de três dias, duas semanas ou meses, observa-se que situações como a transmissão de más notícias quer seja “diagnóstico, prognóstico, alteração do quadro clínico, alteração do plano terapêutico, tratamento paliativo e a morte” ao paciente e familiares é desconfortável, por se tratar de más notícias. Em função deste argumento, qual é a sua avaliação e posição perante algumas situações como:</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado(a) para transmitir más notícias aos pacientes e familiares?</i></li> <li>2. <i>Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de comunicação de más notícias?</i></li> <li>3. <i>Quando tem que transmitir uma má notícia, prepara antecipadamente alguma estratégia para utilizar ou aplicar?</i></li> <li>4. <i>Após a comunicação de uma má notícia ao paciente e familiares, quais as estratégias utilizadas para manter o controlo da situação causada?</i></li> <li>5. <i>Na sua opinião, quais dos modelos (Paternalista, Informativo e Compartilhado) que mais se identifica no que concerne à transmissão de más notícias?</i></li> <li>6. <i>Durante a formação académica ou carreira profissional teve alguma formação específica sobre comunicação de más notícias?</i></li> </ol>
<p><i>3º Na prestação de cuidados ao doente grave até à fase terminal, há por vezes situações em que a verdade é omitida ao paciente ou aos familiares, chegando a construir-se conspiração de silêncio onde existem acordos, no sentido de reduzir o impacto. Na sua prática e experiência de trabalho como avalia as seguintes situações:</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>O que entende por conspiração de silêncio?</i></li> <li>2. <i>Com que frequência lida com situações que geram conspiração de silêncio?</i></li> <li>3. <i>Na sua perspectiva, o que considera que motiva ou leva a equipa de enfermagem a submeter-se em situações de conspiração de silêncio?</i></li> <li>4. <i>Que implicações considera que este processo pode ter para o paciente/ família e os profissionais de saúde?</i></li> <li>5. <i>Qual é a estratégia que utiliza e como procede diante destas situações?</i></li> </ol>

<p><i>4º Como enfermeiro(a) assistencial da respectiva área, vivenciar as situações de morte hospitalar não é novidade, por ser muito frequente. Entender a morte como um processo natural e irreversível, que dá origem ao processo de luto, consta de três fases, envolvendo assim o enfermeiro, paciente e família. Por ser uma fase de reabilitação emocional pela perda de um ente querido, separação, ausência e desamparo por parte dos familiares, para o paciente por vivenciar o processo de morte e interrupção de todos os seus planos de vida. Diante desta abordagem sobre o luto, como enfermeiro(a) qual é a sua opinião face às seguintes questões:</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado(a) para lidar com situação de luto do paciente e familiares?</i></li> <li><i>2. Qual é a estratégia que utiliza para ajudar o paciente a vivenciar essa fase final da sua vida, do ponto de vista psicológico, social e espiritual?</i></li> <li><i>3. Até que ponto é importante o apoio do(a) enfermeiro(a) à família enlutada durante o processo de luto?</i></li> <li><i>4. Na sua perspectiva, qual é o impacto que pode ter essa acção no seio da família?</i></li> <li><i>5. Quais são as medidas que utilizam para poder dar apoio ou fazer um acompanhamento à família enlutada?</i></li> <li><i>6. Como enfermeiro(a) assistencial, quais são as principais dificuldades na comunicação durante o processo de luto com a família diante da perda?</i></li> <li><i>7. Durante a formação académica ou carreira profissional, teve alguma formação específica sobre a comunicação no processo do luto?</i></li> </ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Obrigada por ter aceite fazer parte do estudo.*

*Assinatura*

---



FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

## Formulário de consentimento informado

Investigação no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos

**Autora:** Maura Fernanda Inácio Romão

O presente trabalho de investigação com o tema “**Percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje/Angola sobre Cuidados Paliativos**”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL). Tem como principal objectivo identificar a percepção dos enfermeiros do Hospital Geral de Malanje sobre a comunicação no âmbito dos Cuidados Paliativos, no período de Março a Junho de 2019. Compreender o fenómeno da comunicação em cuidados paliativos, ajudará a identificar, analisar e descrever as dificuldades dos enfermeiros neste campo, de modo a implementar medidas que garantam um processo de cuidar com mais profissionalismo e humanismo para melhorar a qualidade dos serviços, reflectindo-se numa melhor qualidade de vida dos pacientes graves sem possibilidade terapêutica de cura até à morte, e dar maior apoio à família enlutada. Para a realização deste estudo, a colaboração dos enfermeiros seleccionados é fundamental. O resultado da investigação, orientada pelo Professor Doutor Miguel Barbosa, irá ser apresentado na FMUL no final de 2019, podendo, se assim o desejar, contactar a autora para se inteirar dos resultados obtidos. Este estudo não lhe trará nenhum custo ou risco. As informações serão recolhidas através de uma entrevista semi-estruturada, tendo como suporte um guião para conduzir a entrevista. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou negar participar. Sem que tal facto tenha consequência para si, depois de ouvir a explicação acima referida, declaro que aceito participar neste estudo de investigação.

**Assinatura do Investigador**

**Assinatura do Participante**


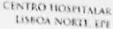





---

---

**Lisboa**

11 de Março de 2019

## APÊNDICE C

 <b>CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA</b>	 CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE	 HOSPITAL DE SANTAMARIA	 Hospital PulidoValente	 U LISBOA UNIVERSIDADE DE LISBOA	 FACULDADE DE MEDICINA LISBOA	 IMM INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR João Lobo Antunes
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Presidente</b> Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares (CHLUN e CAML)	<b>Exma. Senhora</b>  <b>Enfermeira Maura Fernanda Inácio Romão</b>  <b>Centro de Malanje, Bairro de Canãmbua</b>  <b>Malanje - Angola</b>
----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Vice-Presidente</b> Prof. <sup>a</sup> . Doutora Maria Luisa Figueira (CAML)	
------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>Membros</b> Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHULN) Prof. <sup>a</sup> . Doutora Ana Isabel Lopes (CHULN) Prof. <sup>a</sup> . Doutora Maria do Céu Rueff (CAML) Padre Fernando Sampaio (CHULN) Mestre Enf. <sup>a</sup> . Graça Roldão (CHULN) Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML) Prof. Doutor João Lavinha (CAML) Prof. <sup>a</sup> . Doutora Mafalda Videira (CAML) Prof. Doutor Mário Miguel Rosa (CHULN) Dra. Patricia Trindade Gonçalves (CHULN)	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Lisboa, 13 de Março de 2019

Nossa Ref. <sup>a</sup> . Nº 110/19
-------------------------------------

<b>Assunto: Projeto "Perceção dos Enfermeiros do Hospital Geral de Malanje / Angola sobre Cuidados Paliativos"</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------


Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, em Março de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética. A extemporaneidade da decisão, a ratificar na reunião da Comissão a ocorrer em Abril, fundamenta-se na necessidade de iniciar a recolha dos dados a tratar, a efetuar no país natal.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, revista pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nas diversas vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos do CHULN, dos códigos deontológicos, das convenções, declarações e diretrizes internacionais, a Comissão de Ética avaliou o estudo, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML

  
Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares

COMISSÃO DE ÉTICA DO CHULN E DO CAML	ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215 www.chln.pt
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ 1649-035 LISBOA TEL – 21 780 54 05, FAX – 21 780 56 90 ANA.PIMENTEL@CHLN.MIN.SAUDE.PT
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1
---

**APÊNDICE D**

REPÚBLICA DE ANGOLA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE MALANJE

AO  
INSTITUTO SUPERIEOR POLITÉCNICO  
DE MALANJE

MALANJE  
25/02/2019

NOTA Nº 28 / H.R.M/019.

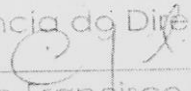
Assunto: RESPOSTA AO OFICIO Nº198/ISPM/GDG/2018

"CORDIAIS SAUDAÇÕES"

Acusamos a recepção da solicitação de autorização, para recolha de dados para dissertação da mestranda **MAURA FERNANDA INÁCIO ROMÃO**, no Hospital Geral de Malanje, a qual informamos que está autorizada.

Sem outro assunto de momento, reiteramos votos de bom trabalho.

Na Ausência do Diretor Geral

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Pedro Francisco Chagas  
//Dir.Pedag.Científico//

## ANEXOS

### Anexo 1. Estratégias utilizadas depois de transmitir más notícias ao paciente/família

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	8	50,0	50,0	50,0
Válidos Não	8	50,0	50,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	