



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CUIDAR CENTRADO NA DIGNIDADE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

por Lúcia Maria Veiga Bacalhau

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Setembro de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CUIDAR CENTRADO NA DIGNIDADE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

por Lúcia Maria Veiga Bacalhau

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Setembro de 2014

Uma vez que, para nos libertarmos, basta que tomemos consciência do objectivo que nos liga uns aos outros, temos de procurar o que nos une a todos.

O mesmo acontece com o simples pastor. Porque mesmo se guarda modestamente as ovelhas debaixo das estrelas, ao tomar consciência do seu papel, descobre que é mais do que um servo, é uma sentinela. E cada sentinela é responsável pelo império inteiro.

Só quando tomarmos consciência do nosso papel, por mais pequeno que seja, é que podemos ser felizes, viver e morrer em paz porque o que dá sentido à vida dá sentido à morte.

Antoine de Saint-Exupéry

Cuidar é quando eu vejo a sua capacidade de sorrir.

É quando vejo que você é feliz no desempenho do seu trabalho.

É quando você me faz sentir seguro em suas mãos.

É quando você não me vê como um moribundo, e assim ajuda-me a viver.

Anónimo

Agradecimentos

À minha tutora, Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa pela sua orientação em tantos momentos em que tudo parecia demasiado confuso, por me ter despertado para tantas coisas que se encontravam para lá do meu pensamento, pelo seu interesse e dedicação na minha aprendizagem. Obrigado pela disponibilidade revelada e pelas críticas e sugestões feitas durante a orientação.

Às orientadoras de estágio, pelos desafios e oportunidades de aprendizagem partilhados.

Aos meus mestres, Zé, Francisca e Ana que souberam ter paciência para os meus momentos de ausência e que sempre partilharam comigo as vossas mãos carinhosas. A ti, olhar azul, que cedo partiste mas que sempre me tens aconchegado a alma.

A ti, pai, meu sábio protector que conjugas de forma exemplar a sabedoria com a calma do silêncio.

A ti, mãe, pela tua paciência, impaciência, companheirismo e carinho.

A ti, minha princesa, que com o teu olhar vivido conseguiste guiar-me num voo consciente e real. 4

A ti, meu irmão que a vida me deu, por te preocupares comigo e me ajudares a compreender que existe tempo para tudo.

A ti, que mesmo no início aturaste a falta de paciência e de tempo.

Aos meus mosqueteiros que souberam estar nos momentos necessários e partilhar momentos de maior luta e loucura.

Resumo

Este relatório de estágio tem como objectivo descrever e analisar o percurso de aprendizagem percorrido na aquisição e/ou desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O percurso foi realizado em dois contextos de estágio:

Módulo I - Serviço de Urgência Central entre 22/Abril/2013 e 22/Junho/2013, onde procurei desenvolver competências na área nuclear do enfermeiro especialista, no cuidado do doente crítico considerando que a saúde e o bem-estar dos clientes são influenciados pela competência demonstrada na acção dos enfermeiros. Em toda a prática clínica procurei proporcionar ao cliente e à família cuidados centrados na dignidade no sentido de promover o conforto, nos seus diferentes tipos e contextos.

Módulo III – Cuidados Paliativos, que foi realizado na Unidade de Apoio Domiciliário do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, no período compreendido entre 24 de Setembro de 2013 e a 15 de Novembro de 2013, onde procurei desenvolver competências focalizadas na área da comunicação, relação terapêutica centrada nas necessidades da pessoa doente e sua família em situação de fim de vida tendo como objectivo a promoção do conforto aplicando intervenções guiadas pelo conceito de dignidade da pessoa cuidada.

Transversal a estes dois módulos estive a preocupação com a formação pessoal e profissional dos pares, na medida em que, a formação em serviço constitui uma importante estratégia na mudança efectiva de comportamentos e na aquisição de competências.

Para a elaboração deste relatório recorri à metodologia descritiva e analítica, em que as estratégias utilizadas foram a pesquisa bibliográfica e a elaboração de um portefólio reflexivo. A sustentar todo este percurso estive a reflexão crítica na e sobre a prática clínica de cuidados. No final desta etapa considero que evolui de forma progressiva e constante na aquisição de competências especializadas exigidas para atribuição do Título de Enfermeiro Especialista.

Palavras-chave: Dignidade, pessoa doente critica/ em cuidados paliativos, conforto

Abstract

The objective of this placement report is to describe and analyse the learning journey in order to acquire and/or develop competencies related with the Speciality in Medico-Surgical nursing. This journey took place in two different contexts:

Module I Emergency Department between 22nd of April 2013 and 22nd July 2013, when core competencies were developed in the field of the specialised nurse, nursing the critical patient, taking into account that health and well-being are influenced by the nurses actions. During this placement, I aimed to facilitate to the client and his family nursing care centred on dignity, to promote comfort, in all its dimensions.

Module III Palliative Care, took place in the Unidade de Apoio Domiciliario of Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE (Community care of the Portuguese Oncology Institute of Lisbon Francisco Gentil, EPE), between 24th of September 2013 and 15th of November 2013, when I developed competencies which focused on communication, therapeutical relationship based on the needs of the patient and his family towards the end of life, with the objective to promote comfort using techniques based on dignity.

Common to both modules was the attention to continuous personal and professional development of colleagues, seeing as local teaching constitutes an important strategy to implement effective change in behaviours and acquiring new competencies.

This report was written using a descriptive and analytical methodology, a literature review and developing a reflective portfolio. Supporting this journey was a critical appraisal during and about clinical practice. By the end, I believe I developed in a sustained way, acquiring the required specific competencies necessities for the award of Specialist Nurse.

Key-words: dignity, comfort, critical patient, palliative care.

Lista de siglas

CHLN, EPE - Centro Hospitalar Lisboa Norte Empresa Entidade Pública Empresarial

CVC – Cateter Venoso Central

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPOLFG, EPE – Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial

OE - Ordem dos Enfermeiros

PEG- Percutaneous endoscopic gastrostomy

RCN- Royal Council of Nursing

SAV – Suporte Avançado de Vida

7

SNG - Sonda Naasogátrica

SO – Sala de Observação

SUC – Serviço de Urgência Central

UAD – Unidade de Apoio Domiciliário

Lista de abreviaturas

Sr- Senhor

Sr^a- Senhora

D^a. – Dona

Índice de Quadros

Quadro 1- Critérios de selecção dos artigos	19
Quadro 2 - Quadro resumo de análise dos artigos seleccionados	21
Quadro 3 – O sentido da dignidade da pessoa doente.....	23
Quadro 4 – Quadro de análise reflexiva sobre interacções.....	40

Índice de diagramas

Diagrama 1 - Factores que afectam a dignidade da pessoa doente.....	25
---	----

Índice Geral

Introdução	12
1. O sentido da dignidade para a pessoa hospitalizada - contributos para uma revisão da literatura	16
2. Discussão e análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido	25
2.1 Módulo I- Serviço de Urgência Central	25
2.2 . Módulo III - Unidade de Apoio Domiciliário	42
Conclusão	58
Referências Bibliográficas	63
Apêndice I - Artigo de Revisão Sistemática da Literatura	70
Apêndice II – Questionário aos enfermeiros sobre promoção/manutenção da dignidade na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa doente em contexto de urgência	83
Apêndice III – Grelha de observação	89
Apêndice IV – Avaliação das respostas aos questionários sobre dignidade	91
Percentagem de respostas dadas a cada item do questionário	92
Apêndice V- Resultados da Grelha de Observação.....	95
Apêndice VI – Aviso da sessão de formação	97
Apêndice VII – Ficha de Avaliação da sessão de formação	99
Apêndice VIII – Apresentação realizada na sessão de formação no SUC	103
Apêndice IX – Avaliação da sessão de formação	112
Apêndice X – Folheto informativo sobre o funcionamento do serviço de observação do SUC	116
Apêndice XI – Folheto marcador para a agenda	118
Apêndice XII - Análise das interações	121
Apêndice XIII – Aviso da sessão de formação	126
Apêndice XIV Ficha de avaliação da sessão de formação	128
Apêndice XV – Apresentação realizada na sessão de formação na UAD	131
Apêndice XVI – Avaliação da sessão de formação	139
Apêndice XVII – Artigo O sentido da dignidade na promoção do conforto em cuidados paliativos- Uma História de Vida	142

Introdução

A Enfermagem enquanto profissão evolui no sentido de uma intervenção cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada, de forma a prestar cuidados de qualidade, preservando a dignidade da pessoa. Para tal, o profissional de enfermagem deve procurar a adequação das suas intervenções considerando que a pessoa tem direito a qualidade científica, técnica e humana. É necessária a excelência das competências inerentes à prática procurando o desenvolvimento de uma intervenção holística e sistemática centrada na pessoa cuidada.

Aos enfermeiros pelo seu papel social, esta questão coloca-se com particular pertinência. Fundamentando as intervenções de enfermagem exige-se competências técnicas, relacional e formativas, que se devem traduzir na melhoria da qualidade do atendimento à pessoa, em todas as suas dimensões. Estas envolvem necessariamente o saber (conhecimento), saber fazer (capacidades), saber aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação às mesmas) e saber ser (atitudes e comportamentos). Desta forma, e na opinião de Dias (2004, p.59) *“a interacção destes saberes com a evolução social, a actualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, podem levar ao desenvolvimento de competências (Saber Transformar)”*.

12

Perante a constante evolução da profissão, os profissionais são desafiados a construir percursos de desenvolvimento profissional onde os títulos de Enfermeiro e de Enfermeiro Especialista se fundamentem no reconhecimento de competências. Perante a diversidade de situações complexas e de modo a responder adequadamente ao que o Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril) preconiza, no seu artigo 76º, no nº 1, senti necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e competências nas vertentes técnicas, científica, ético-legal e relacional. Tal desencadeou a necessidade de realizar este Mestrado de natureza profissional.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de Enfermagem Especializados ao doente adulto e idoso com doença grave e ao doente em estado crítico, de médio e alto risco. As competências a adquirir relacionam-se não só com as competências específicas da área de especialização, mas também, com as competências comuns aos ramos de especialização que o enfermeiro como especialista deve desenvolver independentemente da sua área de especialidade. Estas

inserir-se nas categorias de concepção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação (OE, 2007).

A Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa é composta por três módulos: I - Serviço de Urgência (SU), II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), III – Opcional.

O módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios) foi-me creditado (anexo I) considerando os 5 anos de experiência na Unidade de Transplante de Medula do IPOLFG; EPE sendo deste modo, reconhecida a importância do saber adquirido através da experiência. Ao longo destes anos, considerou-se ter desenvolvido conhecimentos, capacidades e atitudes uma vez que, ao longo destes anos a reflexão crítica sobre a prática e a procura e discussão do conhecimento tem sido constante. Como enfermeira de cuidados intermédios desenvolve-se a capacidade de prestar cuidados de qualidade com competência, usando as tecnologias apropriadas e incorporando a abordagem psicossocial e holística, quando apropriadas ao tempo e à situação do cliente reconhecendo os sinais de agravamento ou melhoria do estado de saúde do doente. Estou consciente que neste percurso tenho vindo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente adulto com doença grave e/ou em estado crítico no contexto de transplante de medula. Tal é corroborado com Carvalhal (2003, p.9) quando defende que *“o que distingue um profissional experiente de um recém-formado não é tanto a quantidade de saber, mas a sua qualidade, a capacidade de relacionar, seleccionar, ajustar, adaptar ao contexto, prever, por em acção a sua flexibilidade cognitiva e fazê-lo com rapidez, espontaneamente e sem esforço”*.

13

Pelo acima exposto considero que, o meu desempenho na Unidade de Transplante de Medula forneceu-me competências de saber como, saber saber e de saber fazer categorizando-me como profissional no Estadio 5 – Perita, de acordo com o Modelo Dreyfus da Aquisição e Desenvolvimento de Competências adaptado por Benner (2005) à prática da Enfermagem Clínica. A aquisição de competências, de acordo com Benner (2005), requer a percepção, reflexão e análise sobre as experiências da prática clínica.

Sendo assim, foram realizados os módulos I e o III. O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.. A opção por este hospital relacionou-se com o facto de ser um serviço polivalente com uma área de abrangência extensa, o que permitiria maior diversidade de experiências clínicas. Tendo em conta

que este hospital suporta o meu contexto de trabalho em áreas que não são desenvolvidas pelo mesmo (como por exemplo cardiologia, ortopedia) pareceu-me pertinente conhecer a dinâmica e os recursos humanos e materiais deste serviço de forma a facilitar a articulação dos recursos e de informar o doente e seus familiares. Para além disso, tendo em conta o tema adoptado para desenvolver ao longo do processo de aprendizagem, este serviço atribui relevância ao conceito de dignidade na prestação de cuidados como está discriminado nos objectivos constantes no plano de acção do mesmo.

O Módulo III com a temática de Cuidados Paliativos foi realizado no IPOLFG, EPE na Unidade de Apoio Domiciliário. A prática de cuidados paliativos e mais propriamente de cariz domiciliário é necessária no nosso país, de forma a dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos doentes e seus familiares, sendo que o respeito pelas opções e preferências destes, nomeadamente em relação ao local onde os cuidados são prestados e onde se morre. Assim, a pessoa pode manter-se a viver na sua casa, conservar as suas memórias, beneficiar de cuidados, manter os laços sociais, não se sentir só e ter apoio das pessoas significativas (Fabregas, 2002 como referido em Silva, 2006). Por estes motivos, e, uma vez que pretendia desenvolver o meu conhecimento sobre a pessoa de quem cuidamos, neste contexto permite que a pessoa se manifeste sem a viciação das instituições, no seu ambiente de afecto. Para além disso, neste contexto permite desenvolver competências na área da relação, da comunicação e do conhecimento sobre a pessoa. Por estes factos foi escolhido a Unidade de Apoio Domiciliário para desenvolver o estágio de opção.

14

Os estágios realizados tiveram como base o projecto de estágio elaborado inicialmente, onde se identificaram as competências técnicas, científicas e relacionais a adquirir e desenvolver, tanto as comuns como as específicas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu artigo 4º, no nº 3 (2010). A prática clínica foi desenvolvida sempre com o objectivo de proporcionar à pessoa doente e sua família o melhor estado de conforto e bem-estar atendendo à manutenção do seu sentido de dignidade. Para tal, foi necessário embeber a prática em alguns conceitos provindos de algumas Teorias de Enfermagem, em particular, nos provenientes da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Com a elaboração deste relatório, pretende-se expor a experiência vivenciada através de uma descrição e análise das actividades desenvolvidas nos locais da prática clínica de acordo com os objectivos delineados no projecto de estágio, reflectindo simultaneamente de forma crítica e construtiva sobre o desempenho e competências adquiridas. Este relatório foi elaborado com recurso à metodologia descritiva e analítica e está organizado em três partes. Após a introdução, onde realizo o enquadramento teórico do curso, referenciando os objectivos do relatório e justificando sumariamente os módulos realizados assim como os locais de estágio escolhidos, seguir-se-á a fundamentação teórica expondo os contributos da literatura sobre o tema da dignidade da pessoa hospitalizada. Após isto, será feita a descrição das actividades desenvolvidas e a sua análise à luz dos objectivos definidos em cada módulo. Na terceira parte serão apresentadas as reflexões finais, expressas as dificuldades e as limitações surgidas, efectuadas algumas considerações e implicações finais. Finaliza-se com a indicação das referências e anexam-se os trabalhos elaborados durante este período de aprendizagem.

Espero que neste relatório, através da análise e reflexão sobre as acções realizadas para a concretização dos objectivos definidos, demonstre o percurso no sentido da procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

1. O sentido da dignidade para a pessoa hospitalizada - contributos para uma revisão da literatura

Na sociedade contemporânea, os direitos fundamentais como a dignidade e o respeito são essenciais para promover cuidados de qualidade, devido à transição de pessoa a pessoa-doente envolver uma ameaça à integridade da mesma. A ênfase na dignidade significa que tal não pode ser ignorado na prestação de cuidados de saúde (Gallagher, Li, Wainwright, Jones, & Lee, 2008). Cuidar sem dignidade influencia a recuperação da saúde do doente (Brencick & Webster, 2000, Jacobs 2001, Walsh & Kowanko 2002). A literatura estabelece a importância da exigência dos cuidados de enfermagem à pessoa dando relevância a um cuidado guiado por um agir equitativo, responsável, centrado em “(...)promover, defender e preservar a dignidade da pessoa e desse fundo ético decorre a afirmação da autonomia para escolher os seus projectos de vida, no contexto situado”(Nunes, 2011, p. 52).

Filosoficamente o conceito de dignidade foi inicialmente abordado por Aristóteles. Segundo a tradição aristotélica, a dignidade do homem seria proporcional à sua capacidade de pensar e conduzir a própria existência desde a razão.

16

Já na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) é referido no artigo I que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.”

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Como é referido no artigo 78 do Código Deontológico do Enfermeiro “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Jean Watson (1988) refere que, como enfermeiros, deve-se procurar no profissional o sentido de dignidade para poder olhar os outros com dignidade.

Segundo Savater (1999), a dignidade humana é composta por quatro grandes dimensões: implica inviolabilidade da pessoa humana, o reconhecimento da autonomia de cada um para a sua vida, reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros seres humanos.

O conceito de dignidade é um dos mais relevantes para as reflexões ética, política e jurídica. Por esta razão, a sua definição filosófica tem sido dificultada. Embora exista muita literatura que se refere ao termo dignidade, o uso comum deste conceito parece confuso e sem clarificar o seu significado (Gallagher et al., 2008) (Jacelon, Connelly, Brown, & Proulx, 2004). Mairis (1994, pág. 17) define dignidade como:

“Dignity exists when an individual is capable of exerting control over his or her behavior, surroundings and the way in which he or she is treated by others. He or she should be capable of understanding information and making decisions. He or she should feel comfortable with his or her physical and psychological status quo.”

O Royal Council of Nursing (RCN) demonstrou preocupação com o cuidado com a dignidade na prática de enfermagem e lançou uma campanha com o lema “Dignity: at the heart everything we do”. Esta campanha teve como objectivo reforçar a mensagem que a dignidade é componente essencial em cuidados de qualidade defendendo a prestação de cuidados assente no respeito, compaixão e sensibilidade perante a pessoa, principais características da dignidade de acordo com RCN (Lipley, 2008).

Considerando que a prática de enfermagem é “(...) uma resposta humana de ajuda e conforto... numa apreciação intencional das necessidades de conforto... e concepção de medidas para abordar essas necessidades” (Kolcaba, 2003, p. 14), numa acção humana sustentada pelos princípios éticos do respeito da autonomia, da beneficência e da não maleficência, no reconhecimento do Outro e da sua dignidade (Vieira, 2007; Nunes, 2011). Se os enfermeiros devem prestar cuidados respeitando a dignidade dos doentes, deve-se clarificar o conceito de dignidade. O que significa dignidade para a pessoa doente? O que pode promover e diminuir a dignidade?

Constata-se que existem inúmeros trabalhos acerca de várias áreas temáticas, realizados por diferentes pessoas, verificando-se que os resultados obtidos se encontram dispersos. Com consciência deste facto e no sentido de organizar o conhecimento produzido, tem-se verificado um desenvolvimento crescente da elaboração de Revisões Sistemáticas da Literatura.

A sua relevância prende-se com a possibilidade de organizar o conhecimento produzido, permitindo dar visibilidade sobre o que se sabe acerca de um determinado tema;

identificar lacunas de conhecimento; elaborar novas questões de investigação; identificar áreas que necessitem de ser mais desenvolvidas, no sentido de colmatar falhas em termos de prestação de cuidados e promover a implementação de intervenções de enfermagem adequadas e eficientes.

Pretendendo-se sistematizar o estudo do conhecimento sobre o significado de dignidade para a pessoa doente, nomeadamente o doente internado, foi necessário formular uma questão de investigação que serviu de base orientadora para a realização deste trabalho, tendo sido formulada de acordo com os critérios estabelecidos para o método PICOD. Deste modo, esta deve ser bem estruturada, definindo quais as estratégias a utilizar na identificação e selecção dos estudos que irão constituir a amostra. Assim, tendo por base tal, bem como a pesquisa inicial sobre as variáveis estudadas em trabalhos anteriores neste domínio, foi delineada a seguinte questão principal: Qual o sentido da dignidade para a pessoa doente hospitalizada ?

Desenvolvendo esta questão surgem outros aspectos que orientaram a colheita de artigos, sendo eles: Quais as estratégias do cuidado são valorizadas pelo doente como promotoras da sua dignidade? Que aspectos do cuidado são valorizados pelo doente como promotoras da sua dignidade?

18

O conceito de dignidade envolve uma reflexão individual, holística e influenciada pelas características sócio culturais de cada indivíduo. Neste sentido, o objectivo desta pesquisa é através da evidência descrita nos artigos consultados perceber a formulação do conceito de dignidade durante uma situação de doença pela pessoa doente. Desta forma, organiza-se uma síntese de conhecimento reflectido na prática dos contextos de saúde o que permitirá uma reflexão sobre os cuidados prestados tendo em conta a promoção da dignidade do doente. Para além disso, esta síntese de conhecimento permitirá reconhecer a necessidade de investigação nesta área, tal como orientar a formação em enfermagem.

Dado que a grande maioria dos estudos e publicações sobre dignidade se encontram em língua inglesa, foram feitas pesquisas electrónicas através de vários motores de busca científica, nomeadamente MEDLINE e EBSCO, tendo-se identificado inúmeros trabalhos de interesse nas bases de dados CINHALL, Cochrane Database of Systematic

Reviews, com datas entre 2009 e 2013, utilizando as seguintes palavras-chave e termos de pesquisa: *dignity, patient care, nurse /nursing care; patient perception, patient.*

Esta grande diversidade de termos pretendeu ir ao encontro das diferentes designações encontradas na literatura acerca do tema, e a sua utilização permitiu aumentar a sensibilidade da pesquisa.

Por outro lado, tendo-se feito a combinação desses termos com a palavra “dignity” conseguiu-se melhorar a especificidade da pesquisa, embora ainda assim se tenham identificado estudos que não se adequavam aos objectivos desta revisão da literatura. Ainda utilizando combinações das mesmas palavras-chave, tanto em inglês como português, foram também utilizados motores de busca gerais da Internet, nomeadamente o Google, para onde, aliás, eram remetidas algumas das referências encontradas nas bases de dados de investigação acima referidas, e que em muitos casos fornecia referências adicionais sobre o mesmo autor, o que permitiu a obtenção directa do texto completo da publicação seleccionada. Este processo foi moroso e complicado, uma vez que apesar do número de artigos identificados, constatou-se que poucos se adequavam aos propósitos estabelecidos. Por forma a colmatar esta lacuna, foram conjugados os diferentes conceitos e seus sinónimos, alternando a sua ordem no sentido de obter mais resultados, o que não se mostrou vantajoso.

19

Para a selecção dos artigos desta revisão da literatura utilizámos o método designado de PI[C]OD: participantes (e situação clínica); intervenção; contexto do estudo; resultados (*Outcomes*) e desenho ou tipo de estudo (Ramalho, 2005). Atendendo à especificidade do tema foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão, objectivando facilitar e orientar a localização e selecção de estudos relevantes dentro da temática a abordar. Neste sentido, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão (quadro 1)

Quadro 1- Critérios de selecção dos artigos

Critérios de selecção	Critérios de selecção	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoa doente internada	Outros participantes que não sejam doentes internados
Intervenção	Percepção do doente sobre dignidade	-
Contexto do estudo	Estudos realizados em contexto hospitalar	-
Desenho do estudo	Estudos de investigação com abordagem quantitativa e qualitativa	-
Data de publicação	Publicados entre 2009 e 2013	

A partir do material identificado e obtido em texto integral e/ou apenas com base no resumo disponibilizado, foram seleccionados para a revisão da literatura os trabalhos que se referiam directamente ao que o doente identificava como intervenções promotoras da sua dignidade. Mais concretamente, e como critério de selecção acerca da população em estudo, incluíram-se as investigações baseadas em amostras constituídas por pessoas doentes internadas. Foram excluídos outros tipos de texto com reflexões filosóficas ou com identificação do conceito de dignidade por pessoas não doentes.

Dentre todos os trabalhos identificados através dos vários tipos de pesquisa bibliográfica, e utilizando os critérios enunciados anteriormente, apenas 3 estudos foram seleccionados para análise nesta revisão da literatura: 3 estudos primários qualitativos. Segue-se a apresentação dos principais resultados da análise dos estudos seleccionados, que foram agrupados e organizados por forma a se obter uma resposta, mais ou menos directa, às questões de investigação desta revisão de literatura. Os estudos são resumidamente apresentados no quadro 2, segundo as suas características (**P**articipantes, **I**ntervenções, resultados e **D**esenho do estudo e ainda, ano e país do estudo, e autor/es), a fim de facilitar a comparação entre eles e também a avaliação da heterogeneidade metodológica dos resultados obtidos nos diversos estudos.

Quadro 2 - Quadro resumo de análise dos artigos seleccionados

Autores/Ano/País	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
<p>Henderson, Amanda Van, Mary Ann Pearson, Kate James, Catherine Henderson, Peter Osborne, Yvonne Queensland, Australia 2009</p>	<p>Os participantes foram escolhidos através de uma amostra por conveniência de funcionários e pacientes internados, de forma aleatória. Num total, quinze homens e vinte e quatro mulheres foram observados (média de idades = 74).</p>	<p>Existiram dois períodos para o processo de colheita de dados: 1. Observação de interações entre enfermeiros e pacientes: O investigador documentou todas as interações observáveis entre pacientes. As observações foram directamente gravadas sem que os participantes tivessem conhecimento de tal. O investigador gravou igualmente as impressões subjectivas dos estilos de comunicação e linguagem corporal durante o período de observação. 2. Entrevistas dos pacientes: as entrevistas com os pacientes foram conduzidas ao longo do período de observação - O investigador referiu-se a observações específicas e falou com os pacientes sobre o facto de sentirem a sua dignidade ameaçada.</p>	<p>As queixas dos pacientes focavam-se à volta da percepção de não terem sido adequadamente cuidados. Isto pode ter a ver com a quantidade de tempo que um funcionário passa com um paciente ou a percepção que o paciente tem da dignidade e do respeito que lhe são empregues. A organização é um factor chave na forma como o cuidado é organizado e dado, sendo um factor importantíssimo que influencia a natureza das interações entre pacientes. Estes resultados preliminares sugerem que os pacientes estão a aceitar desvios consideráveis nos cuidados de saúde se sentirem que a organização actua em favor dos seus melhores interesses.</p>	<p>Qualitativo</p>
<p>Lin, Yea-Pyng Tsai, Yun-Fang Chen, Hsiu-Fang Taiwan 2010</p>	<p>Para que os pacientes fossem incluídos no estudo, tinham que cumprir os seguintes critérios: hospitalizados durante mais de três dias, no mínimo com vinte anos de idade, não serem doentes do foro mental, com vontade em participar e serem capazes de falar Chinês ou Tailandês.</p>	<p>As entrevistas foram conduzidas com quarenta pacientes propositadamente escolhidos num Hospital Universitário na parte oriental de Taiwan, desde Maio a Agosto de 2009. As entrevistas foram transcritas e analisadas.</p>	<p>As maiores revelações indicaram que muitos dos pacientes hospitalizados estavam satisfeitos com a sua dignidade. Foram identificados seis temas que contribuíram para a preservação da mesma: capacidade de controlo e autonomia, serem respeitados como pessoas, evitarem a exposição corporal, o cuidado dos enfermeiros, confidencialidade das informações relacionadas com a doença e resposta rápidas às suas necessidades. Estas descobertas podem ajudar as enfermeiras a entenderem melhor a dignidade no tratamento, porque foram descritas do ponto de vista do paciente. Por terem sido identificados os factores mais importantes de acordo com as perspectivas dos pacientes, contribuindo assim para a sua dignidade, assim as intervenções no âmbito da enfermagem podem ser desenvolvidas e melhoradas.</p>	<p>Qualitativo</p>
<p>Bagheri, Hossein Yaghmaei, Farideh Ashktorab, Tahereh Zayeri, Farid Iran 2012</p>	<p>Neste estudo qualitativo, vinte e dois pacientes em falência cardíaca foram escolhidos propositadamente e as entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas até à saturação dos dados.</p>	<p>As entrevistas foram conduzidas durante um período de quatro meses. A entrevista semi-estruturada foi conduzida com cada um dos participantes. De forma a ajudar os participantes a sentirem-se à vontade as entrevistas começaram uma pergunta geral. Com base num guião da entrevista que obteve sucesso em entrevistas de testes, perguntas sucessivas foram progredindo para tópicos específicos. As entrevistas tiveram um tempo de duração entre quinze a vinte minutos, tendo durado uma média de trinta minutos. Uma análise de conteúdo qualitativa foi efectuada usando os métodos descritos por Hsieh e Shannon.</p>	<p>Os factores relacionados com dignidade do paciente foram divididos em duas categorias principais: -Lista de recursos e cuidados ao doente: -Aspectos intrapessoais (crenças individuais e características inerentes). -Interações pessoais (comunicação, respeito, suficiência de informação, privacidade e autoridade), foram classificados como componentes da lista de recursos e cuidados ao doente. Os recursos humanos (gestão e funcionários) e recursos ambientais (instalações e espaço físico) foram classificados como componentes da categoria de recursos Os resultados vão aumentar o entendimento dos funcionários acerca dos cuidados de saúde relacionados com a dignidade do paciente, bem como, providenciar informação no que respeita ao desenvolvimento de sistemas e processos que sirvam de base ao paciente em formas que sejam consistentes com estes valores.</p>	<p>Qualitativo</p>

Analisaram-se os 3 estudos encontrados, estes estudos partilham o método de investigação qualitativo, o que se mostra o mais adequado para a exploração de uma realidade influenciada pelas vivências e experiências de cada pessoa.

Estes estudos interceptam-se em vários aspectos, no entanto, devido a serem desenvolvidos em contextos diferentes, evidenciam aspectos específicos e não menos importantes para a percepção do fenómeno em estudo. É certo que houve algumas dificuldades em compreender alguns raciocínios expressos em alguns artigos, uma vez que, o inglês não era o idioma de países como a China e Irão e o processo de tradução não terá sido o mais correcto.

É curioso analisar que os 3 estudos foram desenvolvidos em países tão distintos como Irão, China e Austrália, o que permite um raciocínio: esta temática é relevante a nível internacional, sendo importante conhecer a perspectiva da pessoa doente de forma a adequar os cuidados prestados.

Os artigos evidenciaram que o doente associa as atitudes promotoras da sua dignidade ao cuidar do enfermeiro. Nestes artigos, os entrevistados referem-se aos profissionais de saúde mas só enumeraram o profissional enfermeiro. Os doentes referem que a sua dignidade pode ser atingida por atitudes e comportamentos dos enfermeiros. Reconhecem a forma como desejam ser cuidados, referindo os aspectos que promovem a sua dignidade e aqueles que a afectam de forma negativa. Os doentes desejam ser respeitados como pessoa de forma equitativa, manter o sentido de controlo e autonomia, a privacidade e uma resposta às suas necessidades de forma que não se sintam um indivíduo incompleto e exclusivamente dependente.

Quadro 3 – O sentido da dignidade da pessoa doente

O que é valorizado pelo doente?	Quais as estratégias que promovem os aspectos enunciados?
Confidencialidade (Bagheri, Yaghmaei, Ashktorab, & Zayeri, 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin, Tsai, & Chen, 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Questionar a vontade da pessoa em receber visitas;• Saber se pretende que a sua informação clínica seja partilhada;• Falar baixo e discretamente com ele sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;
Autonomia e Controlo (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Participar na decisão do processo de cuidados;• Informar sobre os procedimentos;• Igualdade entre os doentes
Comunicação Empática (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Encorajar;• Ouvir;• Questionar sobre o que o desconforta? Como está?• Valorizar as queixas do doente;• Ser modesto e responsável;
Privacidade (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Evitar a exposição do corpo, expondo apenas o local necessário;• Correr as cortinas;• Avisar para as visitas saírem;
Respeito (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Chamar pelo nome;• Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como doente;• Escutar o doente;
Informação (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Manter o doente informado sobre a sua situação clínica, eventuais complicações e tratamentos que terá de realizar;
Resposta às necessidades (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Antecipar as necessidades dos doentes;• Responder no tempo adequado às necessidades do doente;

No artigo de Bagheri et al., (2012) é referido que factores relacionados com os recursos humanos como são: o reduzido numero de profissionais e o cansaço dos mesmos é um obstáculo ao cumprimento os aspectos promotores da autonomia. Valorizam o aspecto limpo e cuidado dos profissionais. Para além disto, expõem que é importante para a manutenção do seu sentido de dignidade o acesso a infra-estruturas essenciais no quotidiano, como são as casas de banho e os lavatórios. Tendo em conta os aspectos ambientais expõem a importância de um espaço físico limpo e com luz. Henderson et al., (2009) refere que os participantes do seu estudo mencionam um aspecto importante: a incapacidade de conter a difusão dos odores corporais (como quando acontece quando um doente evacua numa arrastadeira na cama) mostra-se um aspecto que interfere com o seu bem-estar.

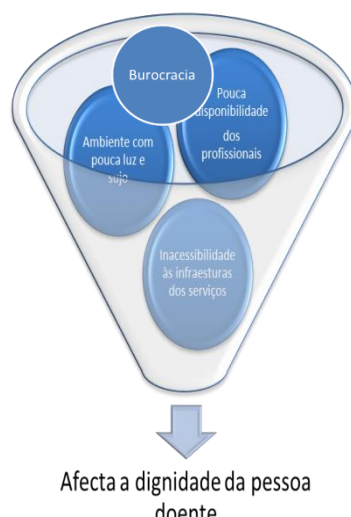


Diagrama 1 Factores que afectam a dignidade da pessoa doente (Bagheri et al., 2012)

Como forma de conclusão desta revisão sistemática da literatura constata-se que a manutenção da dignidade do doente é fundamental no processo de cuidados. Tal interfere com o estado de saúde do doente. O doente procura que o seu papel de doente não se sobreponha ao seu papel de pessoa.

Neste processo é fundamental a comunicação durante a prestação de cuidados. A pessoa doente apercebe-se tanto da comunicação verbal como não verbal do profissional e tal interfere com a eficácia do processo terapêutico (aspectos sintetizados no quadro 3). É importante que a pessoa doente sinta que o profissional está naquele momento com ele e que tem um papel activo no seu processo de cuidados. De facto, torna-se evidente que os doentes atribuem o papel de “guardião da dignidade do doente” aos enfermeiros. A dignidade é um direito fundamental da pessoa. A pessoa doente pode estar vulnerável, cabe ao enfermeiro promover a sua dignidade reflectindo junto do doente a melhor forma de cuidar. O doente consegue identificar os obstáculos à sua dignidade (diagrama 1). Esta revisão permite aos enfermeiros delinear estratégias de intervenção e reflectir sobre as atitudes e formas de agir usadas na prestação de cuidados.

24

A manutenção da dignidade é uma dimensão determinante para a recuperação do seu estado de saúde e manutenção ou melhoria da qualidade de vida. Mostra-se, então, premente a necessidade de processos de investigação nesta área no nosso país, de forma a conhecer os aspectos que a pessoa doente valoriza e aqueles agridem a sua dignidade, uma vez que, estes aspectos são influenciados pelo contexto sociocultural de cada indivíduo.

2. Discussão e análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido

2.1 Módulo I- Serviço de Urgência Central

No sentido de desenvolver competências no cuidado ao doente crítico, foi escolhido para realizar o estágio o Serviço de Urgência Central (SUC) do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., Hospital de Santa Maria (HSM), uma vez que, sendo um serviço polivalente com uma área de abrangência extensa permitiria maior diversidade de experiências clínicas. Para além disso, tendo em conta o tema adoptado para desenvolver no estágio, este serviço atribui relevância ao conceito de dignidade na prestação de cuidados como está discriminado no objectivo do serviço: “tratar e salvar doentes com patologia aguda com a qualidade profissional e técnica que um Hospital Central e Universitário deve disponibilizar, com dignidade e humanização e capacidade de resposta para os dramas humanos que por ele passam diariamente”. A dignidade é uma importante necessidade humana, os doentes têm o direito de receber um cuidado digno e os enfermeiros são responsáveis por prestarem cuidados que respeitem a dignidade da pessoa (Lin et al., 2011). Este módulo de estágio decorreu no período compreendido entre os dias 22 de Abril e 22 de Junho de 2013.

25

A pessoa recorre ou é encaminhada para o serviço de urgência porque a integridade da sua saúde está afectada. Quando mais propriamente se aborda o doente crítico em contexto de urgência refere-se a uma pessoa que vive uma ameaça à sua vida que pode ter resultado de um evento accidental/súbito ou da agudização de um processo de doença. Referimo-nos também a uma pessoa exigente que assume que a sua situação de saúde irá ser resolvida (Ministério da Saúde, 2006). O serviço de urgência é um dos locais da primeira avaliação da pessoa doente e da priorização das suas necessidades. Perante esta abordagem, a pessoa constrói o seu quadro perceptual não só da doença, como sobre a forma como vive o papel de doente. Esta conceptualização prolongar-se-á pelo percurso de doença e/ou recuperação da ameaça vivida e regulará a capacidade de adesão aos regimes terapêuticos propostos. Assim, a competência com que os profissionais de saúde abordam o doente, como identificam as suas necessidades e priorizam as intervenções reflecte-se no doente não só em ganhos imediatos de saúde, mas também, na forma como esta pessoa irá ter capacidade de interpretar e procurar os seus ganhos de saúde (Ekwall, Gerdtz, & Manias, 2008, Bechtal, 2005)

De forma a permitir a compreensão do percurso de aprendizagem realizado este capítulo inicia-se pela caracterização do serviço, seguidamente é feita a descrição e análise das actividades realizadas em cada objectivo definido e a discussão das competências adquiridas durante o percurso.

O Serviço de Urgência Central (SUC) do Centro Hospitalar de Lisboa Norte tem como missão prestar cuidados médicos urgentes aos habitantes da população de Lisboa, e ainda apoiar os hospitais distritais da área de influência nas especialidades médico-cirúrgicas que estes não possuem em permanência. Apresentou no período compreendido entre Janeiro e Abril de 2013 uma média diária de internamentos de 597 utentes/familiares. Este serviço encontra-se localizado no edifício central da instituição, após obras de remodelação recentes está dividido por vários sectores de actuação para atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade de intervenção terapêutica e tipo de vigilância/intervenção necessária.

Todos os doentes são sujeitos à Triagem de Manchester realizada por enfermeiros com formação para tal. Existem 4 gabinetes de triagem. Normalmente estão 2 enfermeiros de manhã, 2 a tarde e 1 à noite. De acordo com o fluxo de doentes nas várias áreas do serviço assim é aumentado ou reduzido o número de enfermeiros neste local. Existem algumas excepções à triagem como são: os doentes com dor torácica não pleurítica são encaminhados imediatamente para o SO. Seguidamente os doentes podem ser encaminhados para vários sectores consoante a sua classificação na Triagem de Manchester. Este sistema pretende identificar critérios de gravidade de forma objectiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica de atendimento, e o respectivo tempo de espera, através da atribuição de uma cor: Emergente – vermelho (entrada directa); muito urgente – laranja (10-15 min); urgente – amarelo (até uma hora); pouco urgente – verde (2 horas); não urgente – azul (até 4 horas). Os doentes que têm entrada directa uma vez que, necessitam de intervenção emergente são encaminhados para uma das salas de reanimação. Existem no serviço 2 salas de reanimação, uma com capacidade para dois doentes e outra para um doente. A Sala de Emergência I recebe maioritariamente doentes com necessidades do foro cirúrgico, em particular vítimas de trauma major, tendo capacidade para atender dois doentes em simultâneo. A Sala de Emergência II tem menores dimensões e apenas uma unidade de internamento, e recebe essencialmente utentes/famílias com necessidades do foro médico. Estão equipadas com

os meios de diagnóstico radiológico, de monitorização hemodinâmica e três ventiladores. Depois do doente estabilizado este pode ser encaminhado para diferentes sectores consoante o diagnóstico, o tipo de vigilância, ou necessidade de dar continuidade ao plano terapêutico. Assim, este pode ser transferido para outros serviços como: Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, ou para o Sala de Observação (SO) do Serviço de Urgência Central.

O SO tem 16 camas equipadas com o mesmo equipamento de monitorização que nas salas de reanimação à excepção de ventiladores. O número de doentes internados nesta unidade pode ser alargado mantendo-se os doentes em macas acomodadas no corredor anexo ao serviço. Aqui os doentes não deveriam permanecer mais do que 24 horas, aguardam a realização de exames para definição do destino do doente ou de vaga para internamento. Podem também aguardar por resolução da situação transitória para ir para o domicílio ou para o hospital de origem.

Para além disso, existem postos de enfermagem localizados em cada classificação da triagem: laranja, amarelo, azul e verde. Existem ainda gabinetes para atendimento de ambulatório, sala para aerosolterapia, pequena cirurgia, sala para colocação de gessos e observação de monotrauma ortopédico. Ainda está associado um bloco operatório com 2 salas e zona de recobro anestésico. Possui uma equipa médica fixa de Medicina a funcionar das 9-15 horas nos dias úteis, mantendo de forma rotativa equipas de Medicina no restante horário, Cirurgia e Ortopedia. Sempre que necessário, as restantes especialidades médico-cirúrgicas estão de prevenção nos respectivos serviços. A equipa de enfermagem é constituída por 96 enfermeiros, dois enfermeiros em horário fixo e os restantes encontram-se distribuídos por equipas, num total de cinco. Relativamente à organização da equipa em horário rotativo, o enfermeiro chefe de equipa coordena o sector do Ambulatório e o 2º elemento de enfermagem coordena o Internamento (SO).

27

Em funcionamento permanente existe o laboratório, a radiologia e cardiopneumografia. Existe ainda instalações próprias para o serviço social, com Assistente Social todos os dias até às 23 horas. Existe um Gabinete de Apoio ao Utente, utilizado quase exclusivamente para a comunicação de más notícias.

O sistema de registos está informatizado, estando em vigor o sistema ALERT e o fornecimento e registo de terapêutica também se encontram informatizados, através do sistema PYXIS. Os sistema de fornecimento de material é gerido com auxílio do programa informático KAMBAM que permite controlar o número de artigos em

armazém. Para além disso, a gestão do serviço conta com o apoio do sistema SISQUAL para a realização dos horários dos profissionais de enfermagem e assistentes operacionais. Este sistema incorpora ainda um sistema biométrico que serve de ponto para registar a hora de entrada e saída dos profissionais.

Foi definido como **objectivo geral** para este estágio: **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao utente/família em situação crítica, em contexto de Serviço de Urgência.**

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e por sua vez, desenvolver as capacidades de cuidar do utente/família que vivenciam esta situação é uma competência clínica especializada. Desta forma, constata-se que o enfermeiro, nesta categoria profissional, deve ser detentor de perícia e conhecimentos, de forma a avaliar a situação clínica, diagnosticar e desenvolver a sua capacidade de tomada de decisão clínica e de intervenção. Esta perícia passa do simples registo de informação para a interpretação e análise da mesma, podendo desta forma, prevenir e detectar atempadamente alterações nas funções vitais e intervir adequadamente perante as situações.

28

Para este estágio tracei **dois objectivos específicos: prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico em situação de urgência e sensibilizar para a prática de cuidados de enfermagem centrados na dignidade do doente crítico em contexto de urgência.** O primeiro direccionado para a prestação de cuidados, uma vez que, é este o grande domínio de actuação de Enfermeiro Especialista segundo a (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007, p.13) *“a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem”*. O outro diz respeito ao desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro.

Para conseguir cumprir os objectivos delineados fiquei responsável por doentes privilegiando na prestação de cuidados o método individual, em que o enfermeiro é

responsável pela prestação de todos os cuidados aos doentes que lhe são atribuídos, durante o seu turno de trabalho diário (Hesbeen, 2001). Analisarei de forma mais aprofundada cada objectivo específico.

Segue-se a análise das actividades realizadas e competências adquiridas no objectivo específico: Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico em situação de urgência.

De forma a conhecer o percurso do doente e a dinâmica do serviço de urgência foi atribuído um tempo de estágio a cada área do SUC.

Numa fase inicial conheceu-se a forma como a triagem de Manchester se pratica. Quando pensamos no percurso do doente crítico no SUC esta etapa é fundamental para a correcta intervenção no doente. O objectivo da Triagem de Manchester “é identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica” (Ministério da Saúde, 2006).

Existem vários factores que podem influenciar a triagem dos doentes: a pressão do tempo, a avaliação das queixas do doente, o discurso do doente que pode não ser objectivo e a definição dos sinais vitais a avaliar. É certo que a este serviço recorrem muitos doentes que não têm um carácter de crítico o que, por vezes, pode deturpar a percepção dos doentes realmente críticos. A correcta percepção das queixas do doente, o questionar sobre sintomas que o doente não manifesta e a decisão da avaliação dos sinais vitais como a tensão arterial ou oximetria possibilitam a correcta classificação do doente mesmo quando o sistema informático não requeira esses valores. Por exemplo, um doente chegou ao SUC a referir cansaço e sensação de lipotimia, por decisão do enfermeiro foi avaliado oximetria periférica o que também permite avaliar o ritmo cardíaco. A partir da audição do ritmo do pulso foi detectada arritmia, este doente foi encaminhado para uma das salas de reanimação onde foi feito electrocardiograma que confirmou o diagnóstico de taquicardia de complexos estreitos irregulares, fibrilação auricular iniciada perfusão de amiodarona 300mg ev em 30 minutos e posteriormente encaminhado para internamento em SO onde manteve vigilância e perfusão de amiodarona 900mg em 24 horas. De facto, a Triagem de Manchester não tem o intuito de definir diagnósticos, mas sim, de atribuir um grau de prioridade no atendimento ao

doente. Trata-se de um sistema informático e o utilizador do mesmo deve estar consciente das suas limitações e conseguir reconhecer pela avaliação objectiva do doente a sua prioridade de atendimento preconizando o exposto no Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 83º, alínea *a*, em que o enfermeiro deve “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”.

A situação de alteração por vezes repentina para pessoa doente é complicada de gerir tanto pela pessoa, pelos familiares como também pelos profissionais (Ekwall et al., 2008). Durante o meu percurso procurei adquirir competências de enfermeira especialista no cuidado ao doente em situação crítica, participando nas situações, intervindo nelas consoante os conhecimentos possuía sobre a situação. Senti um crescimento da minha área de actuação por exemplo, no início a minha intervenção limitava-se à realização de actividades prescritas e de rotina numa situação de urgência no entanto, com o evoluir da aprendizagem a minha área de actuação alargou-se à discussão dos casos, das intervenções realizadas e antecipação das intervenções a realizar.

Aprendi bastante, desenvolvi um aspecto importante: o olhar crítico sobre a situação da pessoa. Por vezes, sintomas que a pessoa desvaloriza têm um significado maior e colocam o doente em situação crítica. Por exemplo, a um doente de sexo masculino com 54 anos foi dada indicação do centro de saúde da área de residência para o doente se dirigir ao SUC. À chegada ao SUC apresentava-se com hipotensão (86/54 pulso 120) e febre (38. 9º C temperatura axilar) com Glasgow de 14. Observava-se hipoperfusão dos membros inferiores e extremidades dos lóbulos da orelha e eritema no tórax e na face. A respiração era predominantemente abdominal superficial ruidosa com cerca de 26 ciclos por minuto e encontrava-se em oligúria havia algumas horas. Tinha como antecedentes pessoais diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e alcoolismo. Estava medicado com triticum e antidiabético oral. Foi activado o protocolo de via verde sepsis. No entanto, foram discutidos alguns diagnósticos clínicos que poderiam causar estes sintomas como a febre escaro-nodular (mas não foi encontrado o agente portador), meningite (não existia rigidez cervical), tétano (não existia o sorriso característico nem sinais de rigidez).

Foi administrada fluidoterapia com o intuito de aumentar a tensão arterial mas sem resultados. Foi realizado *fluid challenge* sem resultados positivos. Foi fornecido aporte de Oxigénio a 15L /min com máscara de alto débito que mantinha a saturação de Oxigénio ao nível do sangue periférico a 85%. Foi colocado CVC na subclávia à direita com avaliação da PVC no lumén Distal. Os níveis de lactato alteraram-se de 20 para 50 e PCR de 11, 6.

Apresentava agitação psicomotora por períodos, onde tentava retirar os acessos venosos, a máscara de oxigénio e agredir os elementos da equipa cuidadora. Progressivamente foram sendo agravados os sinais de hipoperfusão observando-se cianose de todo o pavilhão auricular, mãos e pés, abdómen marmoreado, mantinha-se em anúria. O estado neurológico foi progressivamente deteorado com tempos curtos de consciência e durante estes com desorientação no tempo e no espaço.

Aqui as prioridades foram melhorar a capacidade funcional respiratória, melhorar a circulação, controlar a agitação motora para minimizar os danos físicos. Aspectos discutidos: o centro de saúde devia ter encaminhado este doente em ambulância medicalizada e iniciado suporte terapêutico. Foi discutida a necessidade imediata de internamento em unidade de cuidados intensivos que foi adiada com o fundamento que a causa do quadro clínico era a febre escaro-nodular. Neste caso foi discutida a causa do estado clínico alegando que poderia existir uma componente alcoólica que poderia estar a influenciar a resposta à terapêutica administrada. A colocação de um acesso venoso central e o protelar a transferência para a unidade de cuidados intensivos causou um elevado grau de stress nos profissionais de enfermagem porque se verificava o gradual agravamento da situação clínica do doente que poderia não acontecer com correcto suporte ventilatório e medicação intensiva.

31

Uma das dificuldades sentidas inicialmente era gerir a inevitabilidade do que pode surgir em qualquer dos lugares do SUC. Outra era gerir os conhecimentos com aplicação prática adequada à situação clínica da pessoa. Com o tempo de duração do estágio estas dificuldades foram-se dissipando e dando lugar à aprendizagem.

Desenvolvi o saber intervir de forma adequada, dando importância à comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar. Numa situação de urgência são vários os profissionais que interagem com o doente e por consequência entre os vários grupos

profissionais, é necessário uma comunicação adequada de forma a evitar sobreposição de actividades e garantir a coordenação dos cuidados prestados. Uma pobre comunicação entre a equipa de profissionais é a chave para o erro. A Joint Commission (2010), autoridade da qualidade e segurança identificou os lapsos de comunicação como a causa de resultados deficitários em saúde. O desenvolvimento da comunicação entre os prestadores de cuidados é essencial para a segurança e eficácia dos cuidados. A comunicação entre os profissionais é ameaçada pela necessidade de intervenção rápida e a imprevisibilidade nas necessidades e exigências do doente.

Outro aspecto desenvolvido foi a definição de prioridades numa situação, urgência/emergência é necessário conhecer realmente a situação e as intervenções que poderão ser desenvolvidas para definir quais as que serão prioritárias. Assim, é exigido ao enfermeiro conhecimentos, experiência e sensibilidade para agir rápida e eficazmente, bem como instituir prioridades no atendimento. E esta metodologia do ABCDE permite fazer um exame rápido e eficaz, procurar lesões que possam colocar em perigo a vida e actuar à medida que essas lesões vão sendo diagnosticadas (INEM, 2007). Esta metodologia, a par com a identificação de potenciais focos de instabilidade, tais como, sudorese, palidez, agitação, confusão, arritmias, permite detectar e antecipar complicações que podem causar risco de vida.

32

Saber o que fazer, como fazer, quando fazer e com que objectivo o fazer. Conhecer as consequências do que fazemos e quais os resultados que serão alcançados são estratégias de raciocínio desenvolvidas e aprofundadas com a pesquisa bibliográfica.

Dando outro exemplo para ilustrar a reflexão sobre a acção produzida: foi contactado o serviço que viria do aeroporto um doente de 34 anos, do sexo masculino em paragem cardíaca a ser submetido a Suporte Avançado de Vida (SAV). À chegada o doente vinha com uma hemorragia extensa sem resposta ao SAV que se mantinha há 30 minutos. Ao conhecer a história do doente foi dito que este tinha tido no próprio dia alta do Hospital Pulido Valente após resolução de quadro hemorrágico causado tentativa de extracção de tumor do palato pelo canal auditivo por indígena de uma tribo no Brasil. Constatou-se que a doença oncológica estava bastante avançada, a hemorragia era demasiado extensa e por decisão médica foi suspenso o SAV. Os elementos do INEM tiveram dificuldade em compreender a ordem de suspensão continuando as manobras durante algum tempo.

Foi então discutida a ordem para parar as estratégias de reanimação onde a médica recorreu à minha experiência na área de oncologia para lhes demonstrar a pertinência da decisão.

Este doente fez escala em Lisboa numa viagem entre Brasil e França, os familiares acreditavam que o tratamento iria curar a situação de doença oncológica, no entanto, não foi isso que aconteceu. Havia aqui vários problemas que iriam interferir na comunicação com os familiares, por um lado, estas pessoas apenas falavam a língua francesa e por outro tinha uma crença de que o seu familiar estivesse curado. Quando foi comunicada a morte aos familiares seguindo o protocolo de Buckman estes revoltaram-se, referiam que não acreditavam e falavam com o doente como este se mantivesse vivo. São vários os autores recentes que defendem que os familiares devem estar presentes durante as manobras de reanimação, embora seja um assunto controverso, os resultados desta intervenção são a percepção de que tudo foi feito para salvar o doente, que não havia sinais de resposta às manobras que estavam a ser realizadas e que a decisão de suspender a tentativa de reanimação foi ponderada (Leske, McAndrew, & Brasel, 2013). Faz parte do protocolo de Buckman (1992) assegurar a continuidade do cuidado e assegurar que o doente tenha suporte emocional de outras pessoas que nesta situação se traduz no apoio aos familiares. Neste sentido, foi preparado o corpo para a família estar com o seu familiar antes deste ir para a morgue. Neste momento estiveram sempre presentes os enfermeiros que receberam o doente no SUC, foram esclarecidas dúvidas, prestado apoio emocional e dada a disponibilidade dos familiares exporem a sua dor e problemas. Foi difícil gerir a dualidade de sentimentos destes familiares que por um lado tinham consciência que o seu familiar já tinha partido mas não aceitavam a partida repentina. Estes familiares procuraram de forma desesperada por uma cura para a doença oncológica, viviam naquele momento a esperança de que tinham afastado a morte e subitamente esta aconteceu. Naquele momento a maior necessidade que os familiares tinham era de ver o corpo para terem a constatação de que a morte realmente tinha acontecido. Deixá-los estar com o seu familiar, deixá-los sentir que o corpo estava inanimado foi importante para os familiares. Manter-me em silêncio e próximo e aceitar a sua expressão de sofrimento foi o maior apoio que eu pude disponibilizar nesta situação. O sofrimento associado à morte nestas situações é ainda mais difícil de gerir como profissional. Aceitar as lágrimas, aceitar o desespero do outro, aceitar os gritos e a sua dor foi uma aprendizagem aqui feita.

Para além disso, a comunicação com o doente e os seus familiares foi desenvolvida, a situação de emergência envolve stress e num limite emocional traduz-se na comunicação com o doente e seus familiares em subjectividade. Nesta situação é avaliada não só as palavras que são pronunciadas mas toda a componente não-verbal da comunicação o que provoca uma maior reflexão sobre as estratégias de comunicação utilizadas (Oliveira, 2010).

No âmbito da competência de enfermeiro especialista “coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010) foram desenvolvido o olhar crítico e promoção da melhoria dos cuidados. Durante a prestação de cuidados fui observando que não era feita desinfecção do acesso venoso periférico antes da conexão deste com um sistema de soro, segundo o CDC e PNCI é necessário manter, sempre, técnica asséptica durante a inserção e manutenção dos Cateteres/Dispositivos Intra-vasculares (nível de evidência IB). Uma vez que, desenvolvi a minha prática com vários profissionais em várias equipas através desta e do questionamento do porque não desinfetar procurei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

34

Para além disso, durante a manipulação de cateteres venosos centrais observei que não utilizavam máscara prática incoerente com a norma de manipulação de CVC (CDC, 2011). Observei ainda que mantinham todos os lúmens a funcionar para evitar a heparinização mesmo quando já não necessitavam de todos em funcionamento. Foi então discutida a necessidade da utilização de máscara na manipulação de um CVC. Para além disso, foi discutida a forma como deveriam ser heparinizados os CVS's e qual a quantidade de heparina e a sua diluição a utilizar perante cada tipo de CVC (com câmara subcutânea ou não tunelizado).

Considero ter gradualmente ter demonstrado iniciativa e autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos utentes/famílias por quem me responsabilizei. Desenvolvi a capacidade de julgamento crítico e de identificar e gerir prioridades de atendimento face às necessidades apresentadas e planear, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem, promovendo a qualidade, a segurança e a dignidade da pessoa doente. Estas capacidades foram sendo desenvolvidas através da conjugação entre o questionamento das situações, a discussão das situações dos doentes

com os profissionais de saúde e a articulação com a pesquisa bibliográfica realizada. Desta forma, fui integrando-me na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, aspecto que julgo relevante pois, em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão importante o trabalho em equipa e o respeito mútuo como num serviço de urgência, em que a qualidade dos cuidados assenta neste conceito de equipa (Sheehy, 2001).

Procurei partilhar a minha experiência da área da oncologia em momentos de discussão informal das situações clínicas que surgiam durante a prestação de cuidados como exemplo são administração de medicação para controlo dos sintomas mais comuns, os riscos de reacção transfusional em doentes sujeitos a transplante de células hematopoiéticas. Esta partilha teve como ponto de partida situações do doente e foi desenvolvida a reflexão de acordo com os conhecimentos adquiridos na minha prática profissional.

Promovi a reflexão sobre o cuidado em fim de vida e as atitudes a adoptar perante um doente nesta situação em momentos informais, durante a prestação de cuidados com as várias equipas que integrei. A doença oncológica tem tendência a prevalecer cada vez mais na nossa população, serão assim cada vez mais os doentes oncológicos a se deslocarem ao SUC, é então importante considerar que nem todos os doentes oncológicos irão morrer desta doença mas que em alguns isto irá acontecer e que, neste caso, (de acordo com o estadio da sua doença) deverão ser adoptadas determinadas estratégias de cuidar que proporcionem maior conforto e menor invasão da pessoa doente. Martins, Agnés, & Sapeta (2012) numa revisão da literatura sobre o fim de vida nos serviços de urgência refere que “os serviços de urgência são essencialmente direccionados para abordagem curativa do doente em risco de vida, a sua filosofia e modelo organizacional não contempla os cuidados aos doentes com doença avançada, progressiva e terminal” (pág. 10). A este facto acresce-se o desconhecimento do plano terapêutico do doente e os profissionais entendem que estes cuidados não são uma prioridade por não existir a hipótese de cura. Os enfermeiros procuravam de forma mais rápida possível promover a transferência destes doentes para outro serviço e por isso, o tempo existente até à transferência ocorrer não era aproveitado de forma a estabelecer uma relação, promover o conforto e confortar a família. Esta forma de consumo do tempo surgiu como justificação para as dificuldades na prestação destes cuidados nomeadamente no acompanhamento da família, no apoio espiritual e social mas também

na construção da relação com o paciente tal como é referenciado por Martins et al., (2012). Observava-se que os profissionais perante os doentes oncológicos tinham uma atitude defensiva e até de evitamento, observa-se que na passagem de ocorrências o diagnóstico clínico era dito em surdina e a equipa se mantinha em silêncio. Fui tentando discutir o porquê desta atitude de facto os profissionais têm medo de confrontar o sofrimento associado à doença oncológica e por isso protegiam-se com estas atitudes. Através da análise e discussão dos casos procurei desmistificar alguns aspectos da área da oncologia nos profissionais de enfermagem com quem desenvolvi o estágio.

Reflectindo sobre o progresso na construção do ser enfermeiro, para além das técnicas aprendidas foram adquiridas competências de avaliação do doente, de gestão de prioridades, de raciocínio sobre o progresso da doença, de comunicação em situação de emergência e de integração da família nos cuidados do doente crítico. Foi um processo de aprendizagem enriquecedor envolto em processos reflexivos que resultaram na aquisição de competências profissionais na área do saber ser, saber fazer e saber estar.

Segue-se a análise das actividades realizadas no objectivo específico: Sensibilizar para a prática de cuidados de enfermagem centrados na dignidade do doente crítico em contexto de urgência.

36

Anteriormente ao estágio tinha reflectido sobre um tema que fosse possível abordar/aplicar em contextos de estágio tão díspares como serviço de urgência e unidade de cuidados paliativos. Perante a leitura de artigos referentes a cuidados paliativos, juntamente com as frases tão discutidas na actualidade de Portugal como são *“Os portugueses estão a perder a sua dignidade”* *“A dignidade dos cuidados de saúde está comprometida com as medidas de contenção económica”* surgiu-me o interesse pelo tema da dignidade. Dignidade é um conceito bastante vasto e difícil de definir no âmbito da prática de cuidados de enfermagem (Brencick & Webster 2000, Jacobs 2001, Walsh & Kowanko 2002). Procurei então aprofundar conhecimentos através da revisão da literatura sobre o que o doente entende e valoriza na promoção da sua dignidade. Assim, identifiquei alguns aspectos que poderiam ser aplicados nos diversos contextos de prática de enfermagem.

No Serviço de Urgência Central procurei perceber se esta temática se mostrava pertinente, se existiam aspectos neste âmbito que poderiam ser melhorados e se existia

disponibilidade e interesse dos profissionais em reflectir sobre a promoção da dignidade da pessoa doente.

O tema da dignidade mostrou-se pertinente no SUC uma vez que, recentemente surgiu uma reclamação de uma utente do serviço de urgência, que permaneceu durante alguns dias na sala de observação. Esta doente reclamava sobre a falta de identificação dos profissionais, referia que as suas necessidades não eram respondidas de forma eficaz, não lhe era fornecida informação sobre a sua situação clínica ou percurso que iria realizar. Aspectos que nós como enfermeiros poderíamos melhorar.

Uma vez que integrei várias equipas de enfermagem, pude contactar com vários enfermeiros tanto na sala de observação, como nas salas de reanimação e na triagem. Durante a colaboração com as equipas identifiquei alguns aspectos que poderiam ser melhorados. Actividades simples como identificarmo-nos, informarmos a pessoa dos procedimentos que se irão realizar e o porquê de estes serem realizados de tal forma, etc. Por exemplo, um idoso de 88 anos entrou para a sala de observação devida a um quadro de fibrilhação auricular. De imediato, vários profissionais se reuniram junto ao doente e o despiram retirando-lhe o telemóvel. Este senhor vivia sozinho e estava naquele momento a tentar comunicar com a filha para lhe explicar o que se passava e onde estava. Esta situação provocou-lhe ansiedade, pois, o senhor não compreendeu o porquê de lhe ser retirado o telemóvel. O medo que sentia de estar sozinho agravou-se. Nesta situação existem alguns aspectos da prática que poderiam ter sido realizados de maneira diferente como informar o doente, deixá-lo realizar o telefonema ou então ficar com o contacto para o familiar ser contactado pelo secretariado, não seria necessário um número elevado de profissionais para despir o doente.

37

Por sua vez, em discussão com os enfermeiros referi o tema que iria abordar. Numa primeira fase, os colegas mostraram alguma estranheza mas interesse, após explicar o que pretendia e lhes perguntar “já se imaginou como doente aqui?” mostraram-se interessados e assim se iniciou um processo de reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem.

Utilizando uma metodologia científica construí um questionário (apêndice II) e uma grelha de observação (apêndice III) ambos tendo como base a revisão da literatura (ver apêndice I) realizada para conseguir ter dados objectivos sobre o contexto.

O questionário era direccionado ao enfermeiro e procura avaliar a frequência com que os aspectos que o doente valoriza como promotores da sua dignidade são praticados durante a prestação de cuidados de enfermagem no SUC. Para tal, foi desenvolvido o questionário tendo por base uma escala de Likert e a revisão da literatura realizada. Foi aplicado o pré-teste para verificar se existiam incongruências no questionário.

A grelha de observação por sua vez, reflecte as atitudes e actividades que um enfermeiro pratica numa situação de prestação de cuidados ao doente no SUC. Para realizar o registo das observações foram enumerados os mesmos aspectos aplicados no questionário verificando-se se estes eram praticados ou não.

Durante a entrega dos questionários procurei falar sobre o tema e estive presente durante o preenchimento dos mesmos. Um comentário mais frequente era: “nós sabemos que temos que fazer isto, não o fazemos por vezes por comodismo”. De facto, foi observada uma notória alteração da atitude dos profissionais após o preenchimento do questionário: mostraram-se mais disponíveis, identificavam-se com mais frequência, davam informações mais esclarecedoras aos doentes e procuravam manter de forma mais cuidada a privacidade do doente. O que se justifica pela reflexão sobre a acção como Ferreira (2005) refere quando defende que os enfermeiros estarão mais motivados para a aquisição e actualização dos seus conhecimentos, quando a formação e respectiva reflexão estiverem direccionados para a sua área de experiência.

38

De acordo com o tempo disponível e a disponibilidade dos profissionais foram aplicados 32 questionários e registadas 32 observações do contexto da prática de cuidados.

As situações registadas foram distribuídas pelas várias equipas e cada observação atribuída a um profissional de enfermagem de forma a colocar em evidência a prática de vários profissionais. Os profissionais não tinham conhecimento de quais as situações que seriam registadas no estudo.

Verifica-se uma diferença notória na maioria dos aspectos enumerados nos questionários. Nos questionários (apêndice IV) os enfermeiros assinalaram que na maioria das vezes aplicam os aspectos enumerados. No entanto, com a comparação com

os registos na grelha de observação (apêndice V) verifica-se que não os aplicam tantas vezes como indicam que o fazem.

Conclui-se que quando confrontados com aspectos que promovem a dignidade da pessoa doente na sua prática de cuidados os reconhecem como importantes e necessários de aplicar. No entanto, estes não são aplicados tanto quanto o desejado na prática de cuidados o que justificam com a falta de tempo e a necessidade de solucionar necessidades emergentes do doente tal como, Ribeiro (2012) refere que, os profissionais de saúde referem dificuldades em conhecer quais as necessidades de informação dos doentes/familiares, devido à escassez de tempo e à sobrecarga de trabalho.

Assim, tornou-se necessário promover a reflexão sobre a prática de cuidados demonstrando a importância da promoção da dignidade da pessoa doente através da apresentação dos resultados do estudo realizado numa sessão formativa.

Na sessão formativa (apêndice VIII) foram apenas discutidos alguns aspectos do estudo realizado, estes foram escolhidos de acordo com a sua importância para a prática de cuidados e pela discrepância entre os resultados das observações e dos questionários, foram validados com a enfermeira orientadora tal como a estratégia utilizada na sessão formativa de forma a torná-la apelativa e produtiva.

39

As sessões de formação decorreram nos dias 31 de Maio, 4 e 7 de Junho. No total compareceram às sessões de formação cerca de 24 enfermeiros e alunos do curso de base, embora outros tenham estado presentes apenas em partes da formação devido à necessidade de se ausentarem de acordo com as necessidades do serviço (estes não foram contabilizados). Durante as sessões de formação houve discussão sobre vários aspectos da prestação de cuidados que se tornam rotineiros quando não reflectimos sobre os mesmos.

Após a apresentação dos dados e da discussão dos mesmos, os enfermeiros referem que deverão ser alterados alguns aspectos da prestação de cuidados. Um dos aspectos discutidos foi a forma como a passagem de turno é feita no SO, naquele momento a passagem de turno é realizada perto do doente com toda a equipa de enfermagem atribuída ao SO. O que acontece é que existe alguma dispersão e a informação não é percebida por todos de forma igual. Tendo em conta a dignidade da pessoa doente, esta

vê-se confrontada com várias pessoas na sua unidade. Discutiu-se assim uma passagem de turno no centro do SO, de forma a concentrar a atenção dos profissionais, reduzir o ruído neste serviço e diminuir a exposição da pessoa doente.

Por vezes, a higiene total do doente é realizada de forma ao profissional substituir totalmente o doente mesmo quando este pode realizar parte da sua higiene corporal. Após a reflexão os enfermeiros referiram que o realizam de forma inconsciente e que o tentarão alterar promovendo a manutenção da autonomia da pessoa doente. Lopes (2006), refere no seu estudo de doutoramento, que a promoção do conforto se relaciona com a promoção da autonomia que se baseia no respeito pela pessoa em sofrimento. “Possibilitar” é tornar capaz o outro a cuidar de si, facilitando-lhe a passagem pelas transições e acontecimentos da vida Kolcaba (2003). Outro aspecto discutido foi a não identificação do nome do enfermeiro perante o doente. Este aspecto causou alguma controvérsia uma vez que, os profissionais referiram que por vezes não se identificam devido ao receio de reclamações. Este aspecto foi desmistificado através da partilha de experiência pessoal, demonstrando que se o doente souber o nome de quem o cuida cria uma maior relação de confiança e empatia o que beneficia os cuidados de saúde traduzindo-se na melhoria da situação clínica como também para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos actores de cuidados envolvidos (Ribeiro, 2012). Discutiu-se a colocação de um quadro em cada cama onde estará a identificação do doente (nome) o que facilitaria a identificação do doente pelo nome. Foi discutida a necessidade de informação por parte da pessoa doente onde se concluiu que irão disponibilizar mais informações ao doente corroborando o dever de informar, como consta no artigo 84º, alíneas a) e c) do Código Deontológico dos Enfermeiros (2009). A exposição do corpo da pessoa doente também foi reflectida do que se concluiu que terão atenção à colocação do lençol quando é necessário e correr as cortinas nos momentos necessários. Desta forma, contribui-se para o respeito do valor atribuído à privacidade e ao pudor que são expressos de forma individual e particular por cada pessoa (Ribeiro, 2012). Esta necessidade pessoal de privacidade física está relacionada com o direito a estar sozinho e tem subjacente o conceito de integridade física (Nunes & Melo, 2011).

40

Terão maior controlo sobre os ruídos do serviço como por exemplo na regulação do volume das conversações e na utilização dos materiais do SO (como fecham as portas,

volume dos monitores) respeitando o enunciado na Carta dos Direitos dos Doentes Internados “Todos os incómodos devem ser reduzidos ao mínimo, nomeadamente, nas horas de repouso ou de sono. A intensidade da luz deverá ser tida em consideração.” (DGS, 2011, p.3).

A avaliação das sessões de formação foi bastante positiva (apêndice IX) e demonstraram que consideram necessários momentos de reflexão sobre as práticas. De forma a manter estes aspectos presentes na prática de cuidados, após o final do estágio, foi realizado um marcador (apêndice XI) para as agendas das equipas de enfermeiros onde se enumeram alguns dos aspectos promotores da dignidade da pessoa doente. Para além disso, foi construído um folheto informativo (apêndice X) para o doente e para os seus familiares que enumera alguns aspectos da rotina do SO do SUC. As informações contidas no folheto foram escolhidas de acordo com as manifestações dos doentes. Foram discutidos estes aspectos em contexto informal durante a prestação de cuidados de forma a promover uma melhoria nos cuidados de enfermagem.

Este processo mostrou-se bastante aliciante, embora por vezes dificultado pela necessidade de encontrar estratégias de comunicação para que os enfermeiros não se sentissem julgados por mim. Consegui contornar esta dificuldade explicando a justificação e pertinência da abordagem do tema da dignidade de forma a melhorar a prestação de cuidados. A forma como me integrei nas várias equipas e como comuniquei com os vários profissionais também facilitou este processo de comunicação. A exposição de factos objectivos dos cuidados e da forma como poderiam ser alterados também se mostrou importante para a realização da reflexão de forma produtiva e não invasiva.

2.2 Módulo III - Unidade de Apoio Domiciliário

O Módulo III com a temática de Cuidados Paliativos foi realizado no IPOLFG, EPE na Unidade de Apoio Domiciliário entre o dia 24 de Setembro e o dia 15 de Novembro de 2013. A Unidade de Apoio Domiciliário centra-se na prestação de cuidados paliativos a doentes oncológicos no seu local de residência.

Um estudo epidemiológico recente veio evidenciar o local de preferência de morte em Portugal sendo que mais de 85% da população tem como preferência morrer em casa (51%) ou numa unidade de cuidados paliativos (36%), mas mais de 60% morre em hospitais/clínicas (Gomes, Sarmiento, Ferreira, & Higginson, 2013). A prática de cuidados paliativos tem como valor essencial “o respeito pela autonomia do doente, assim como o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual” (Gomes B, et al. 2013). Por sua vez, Tolle, Tilden e Hickman, (2000) (como referido em Silva, 2006 p. 30) consideram uma boa morte aquela que “deve ser livre de dor e sofrimento, de acordo com os desejos do doente e família, e razoavelmente consistente com os padrões clínicos, culturais e éticos”. De facto, a vivência da doença em meio hospitalar comporta uma ruptura nos hábitos de vida da pessoa doente, uma vez que, neste local a privacidade e independência é afectada. Para além disso, é imposta ao sujeito uma rotina constituída por práticas específicas com profissionais estranhos em permanente rotatividade. Perante um ambiente estranho, vestuário peculiar, rotinas novas com pessoas desconhecidas com as quais se partilha um espaço limitado, refeições, casa de banho, facilmente são vividos sentimentos de ansiedade e desconforto. Do ponto de vista psicológico ao internamento hospitalar associam-se sensação de isolamento, deslocalização e desespero, choque, negação, depressão vergonha ou culpa (Dias, 1999 como referido em Serra, 2005, Corney, 2000).

42

Viver o fim de vida no domicílio garante a preservação das relações familiares e sociais, permite evitar o isolamento social gerado pela hospitalização prolongada (Mignot e Zoubela, 2001 como referido em Silva, 2006). A prática de cuidados paliativos e mais propriamente de cariz domiciliário é assim premente, de forma a dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos doentes e seus familiares, respeitando as opções do local onde os cuidados são prestados e onde se morre. Assim, a pessoa pode manter-se a viver na sua casa, conservar as suas memórias, beneficiar de cuidados, manter os laços sociais, não se sentir só e ter apoio das pessoas significativas

(Fabregas, 2002 como referido em Silva, 2006). Por estes motivos, e uma vez que, pretendia desenvolver o meu conhecimento sobre a pessoa de quem cuidamos a UAD mostra-se como um local onde a pessoa se manifesta sem a imposição da instituição hospital e sem a viciação das instituições.

A Unidade de Apoio Domiciliário está sediada no Pavilhão do Lar de Doentes no IPOLFG, EPE. Tem como horário de funcionamento das 8 às 16 horas todos os dias do ano. Existe um número de telemóvel disponível durante este horário para ser contactado em casos de necessidade tanto do doente como dos familiares ou prestadores de cuidados. Esta unidade conta com dois veículos com motorista para as deslocações na cidade de Lisboa.

A equipa de enfermagem é constituída por cinco enfermeiras, sendo elas a chefe do serviço, uma enfermeira de horário completo na UAD e as restantes partilham o horário com a equipa multidisciplinar de cuidados paliativos. Integra esta unidade uma médica com formação em cuidados paliativos. Tem ainda um assistente operacional e um administrativo. Para além disso, existe coordenação com assistente social, psicóloga e psiquiatra.

43

Os critérios de admissão de doentes a esta unidade são: estar inscrito no IPOLFG, EPE; ter doença em fase avançada e progressiva e necessitar de cuidados paliativos, ter mais de 18 ano, residir na cidade de Lisboa, preferencialmente dispor de um cuidador principal identificado e aceitar o apoio da UAD. Os doentes são referenciados pelo médico assistente do IPOLFG, EPE. Tendo sido verificados os critérios são contactados os doentes ou familiares para agendar o primeiro contacto. São priorizados os doentes de acordo com o descontrolo sintomático/situações clínicas complexas e a proximidade da morte.

Esta unidade perante a especificidade da situação vivencial dos doentes desempenha as funções de colher dados sobre o doente e seu ambiente físico e social de forma a identificar as suas necessidades globais, avaliar e monitorizar sintomas, executar intervenções de enfermagem adequadas a cada doente e sua família e avaliá-las. Para além disso, desempenham as funções de informar, educar e orientar a família e o doente de forma a prevenir crises, exaustão do cuidador/familiar e processos de luto patológico.

Estas funções são desempenhadas com base em processos facilitadores da comunicação entre os familiares e o doente e em colaboração com a equipa multidisciplinar.

Consoante as necessidades identificadas, capacidades do cuidador e vontade da pessoa doente assim se mantém a prestação de cuidados no domicílio ou se coordena as intervenções com os serviços de internamento de suporte (Unidades de Cuidados Paliativos ou serviço de internamento do IPOLFG, EPE) para que os últimos dias de vida sejam vividos com a melhor qualidade de vida possível, se evite o *burnout* do cuidador e o desenvolvimento de processos de luto dos familiares patológicos.

Para este estágio foi definido como **objectivo geral: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao utente em fim de vida e à sua família em contexto do Serviço de apoio domiciliário.**

Como **objectivos específicos** foram definidos os seguintes: **prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em cuidados paliativos e promover a prática de cuidados de enfermagem centrados na dignidade do doente em cuidados paliativos.** Com a prática tornou-se difícil dissociar os dois objectivos uma vez que, o objectivo da prática de cuidados era a promoção do conforto da pessoa e da sua família tendo como base a dignidade do doente.

44

A intervenção de enfermagem em cuidados paliativos envolve uma reflexão multidimensional da pessoa e da sua família. A organização da intervenção de enfermagem exige a reflexão ética sobre como a pessoa e sua família desejam ser respeitados. A compreensão da pessoa implica atenção, disponibilidade, perspicácia e sabedoria para não enviesar o que o outro sente com o contexto pessoal do profissional. A prestação de cuidados tendo o foco de atenção a dignidade da pessoa cuidada é um desafio à prática de enfermagem. O conceito de dignidade é complexo e dotado de subjectividade. No entanto, é reflectindo sobre o sentido das intervenções de enfermagem em cuidados paliativos que se torna imperativo atribuir significado à dignidade da pessoa doente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).

Neste âmbito a valorização da dignidade do doente promove o seu sentido de pessoa atribuindo sentido ao seu conforto. O sofrimento destes doentes advém de alguns

aspectos como são, perda de autonomia e dependência de terceiros, sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, perda do sentido da vida, perda de dignidade, perda de papéis e estatuto, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação das expectativas e planos futuros e abandono (McClement et al., 2007).

Segundo Chochinov & Chochinov (2002), os doentes consideram o sentir a paz espiritual, o alívio do seu sofrimento e o estreitamento das relações com os familiares as facetas mais importantes do cuidado em fim de vida. De forma clara se compreende que as intervenções em cuidados paliativos se estendem para além do controlo da dor e da gestão dos sintomas até à resposta ao amplo e complexo mundo das necessidades expressas (Brown, Johnston, & Ostlund, 2011).

Neste âmbito os pormenores são importantes, compreender a pessoa alvo de cuidados, para poder desenvolver o melhor cuidado possível, é fundamental na promoção da dignidade. Conseguir associar a compaixão com a ciência e delimitar o conhecimento do profissional daquilo que o doente necessita está inerente à promoção da dignidade da pessoa doente. Por vezes, o profissional incrementa a sua percepção pessoal no sentir da outra pessoa o que interfere na compreensão do outro e na percepção das necessidades do alvo de cuidados (McClement et al., 2007, Chochinov & Chochinov, 2002, Hack et al., 2010, Brown et al., 2011).

45

De forma a desenvolver reflexivamente a minha prática neste contexto de estágio optei por acompanhar a mesma pessoa doente e a sua família de forma a conhecer melhor o caso e permitir estabelecer uma relação terapêutica centrada na dignidade da pessoa.

Ir ao domicílio da pessoa doente é um desafio pois, são locais que primeiramente são desconhecidos para os profissionais mas, íntimos de cada doente. Quando o doente permite a entrada de uma profissional disponibiliza-se para a relação e para a partilha das suas necessidades.

Durante o estágio foram vários os domicílios que visitei. Por exemplo, fiz parte da equipa multidisciplinar que visitou pela primeira vez, um doente sinalizado pelo Serviço de Cabeça e Pescoço. Quando lá chegámos, este doente vivia num quarto de dimensões reduzidas, sem casa de banho ou cozinha, sem condições de higiene, sozinho apenas

com o apoio de um vizinho. Este senhor estava aparentemente deprimido, emagrecido, com dores intensas na região da boca e cervical, observava-se edema da face e região cervical, referia dificuldade em deglutir e em articular palavras, não sabia há quanto tempo não comia, sentia-se fraco sem capacidade para andar, tinha faltado às consultas no IPOLFG, EPE pelo que, ainda não tinha completado o processo de diagnóstico. Neste dia foi discutida a necessidade de internamento, que o doente aceitou. Foi internado alguns dias mais tarde, quando houve disponibilidade no serviço de internamento. Durante o tempo que se manteve no domicílio foram fornecidos suplementos alimentares e contactados os serviços sociais da área de residência para fornecerem apoio na alimentação e na higiene do quarto. Para além disso, foi fornecida terapêutica analgésica, feito ensino sobre a sua toma e avaliada a forma como a administrava e a sua eficácia. Foi discutida ainda a necessidade de colocação de uma PEG ou sonda nasogástrica que o doente aceitou.

Durante o estágio fui acompanhando este caso: durante o internamento foi determinado o diagnóstico, controlada a dor, melhorada a forma de ingestão alimentar e iniciou o plano terapêutico para a doença oncológica. Este doente só teve alta quando existiu vaga para uma instituição da Santa Casa da Misericórdia onde permaneceu com o apoio da Unidade de Apoio Domiciliário.

46

A intervenção realizada neste contexto exigiu uma reflexão sobre a situação e as necessidades manifestadas e implícitas para a melhoria da qualidade de vida desde indivíduo. Este senhor vivia nestas condições há décadas, era necessário compreender se aceitaria uma alteração no seu quotidiano. De facto, esta pessoa tinha a necessidade desta mudança, referia que sempre foi infeliz e que precisava de ajuda. Aqui, verificou-se como a intervenção de enfermagem articulada com as restantes disciplinas pode atingir as várias dimensões da pessoa. Por vezes, limitamo-nos à nossa área de conhecimento, mas como enfermeiros, temos oportunidade de identificar as necessidades da pessoa e através da articulação com os outros profissionais e com os recursos disponíveis promover a melhoria das condições de vida de quem cuidamos. Para tal, tem que existir esta preocupação com o outro para além do óbvio, ir ao domicílio da pessoa permite construir um olhar real sobre a forma como esta vive o seu dia-a-dia.

Durante este percurso, foram vários os aspectos que foram reflectidos tendo como ponto de partida a pessoa e a sua vontade, como a terapêutica a implementar (medicação, via, dose, horário), as estratégias de comunicação, a abordagem à pessoa (numero de visitas, incentivo à comunicação, percepção do ambiente), a forma como e quando se deve abordar o fim de vida com os familiares, a forma como se devem realizar os registos de enfermagem, como é calendarizada a visita de luto aos familiares e como esta se desenvolve.

Embora seja a via oral a mais utilizada pelos doentes em fim de vida, por ser a menos invasiva, existem momentos que não é a mais adequada, como são, quando a deglutição está comprometida ou se pretenda um efeito terapêutico imediato em situação de crise. Neste contexto de administração de terapêutica, aprendi a utilizar a via subcutânea, não só para a administração de terapêutica em bólus ou em perfusão contínua mas também, como para soroterapia. De facto, esta via no contexto de cuidados paliativos e no contexto domiciliário apresenta várias vantagens: é menos traumática e invasiva, existe facilidade nos locais de punção, é uma técnica simples, tem menos efeitos secundários que a via endovenosa, mantém a autonomia do doente, tem menor custo, menor risco de intercorrências, o índice de absorção é semelhante ao da via intramuscular, e a biodisponibilidade sobreponível à da via intravenosa. Para além disso, permite a utilização desta via pelos familiares e cuidadores de forma fácil e sem complicações desde correctamente ensinados (Viegas, 2011).

47

A intervenção de quem cuida deve ultrapassar o alívio físico pois, a experiência de conforto é influenciada pela relação estabelecida entre o cuidador e quem é cuidado (Ribeiro, 2012).

A comunicação com estes doentes e seus familiares foi reflectida. Procurei desenvolver-me como profissional comunicante e promotor de uma relação terapêutica. Pesquizeei sobre estratégias de comunicação, procurei aplicar as mesmas na prática diária que se traduziu na reflexão sobre a forma como decorria a comunicação e a relação terapêutica. Utilizando a comunicação como instrumento de suporte nas suas intervenções o profissional de enfermagem minimiza a distância à pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança (Freitas, 2009). Partilhar emoções e sentimentos, a satisfação das necessidades físicas é tão importante como a satisfação das necessidades psicológicas, espirituais e sociais. Em todas as minhas intervenções procurei recorrer a técnicas de comunicação como a escuta activa, o toque

terapêutico e a comunicação nas suas diferentes vertentes, como forma de poder estar com outro. E toda esta possibilidade de relação é tanto mais importante quando o outro, pela doença, pelo sofrimento, pelo desamparo e pela mudança de vida e de circunstâncias que o fim de vida lhe pode provocar, vive uma situação de angústia e de fragilidade. De forma a traduzir esta aprendizagem a partir de um percurso reflexivo registei e analisei alguns momentos de comunicação. A título de exemplo exponho as seguintes situações (ver tabela 4)

Compreendi até ao momento que não existe algo para dizer no momento certo, mas existe sempre uma pergunta a realizar quando não compreendemos o que nos deparamos e é fundamental perceber que o outro é que guia a nossa intervenção. Ultrapassar o medo de questionar foi um desafio, sentia que o outro podia interpretar a minha atitude como uma invasão, agora percebo que se as questões forem dirigidas para aquilo que nos é dito pela pessoa não serão invasivas e farão sentido.

Entrar na forma como o outro pensa envolve estar com o outro e conseguir, através de estratégias de comunicação, reconhecer a forma como se interpreta e como sente a partir daquilo que dá a conhecer. Este é o maior desafio do desenvolvimento do sentido da dignidade de quem se cuida. Isto é estar em relação com o outro, no seu sentido mais íntimo e profundo porque, aquilo que a pessoa é e sente não é compreendido em meras interações comunicacionais. A forma como esta relação se constrói não está descrita nem prescrita em artigos ou outras publicações, é necessário conhecer a pessoa com quem nos relacionamos e reconhecer os seus limites, silêncios e sentires articulando as estratégias comunicacionais com a reflexão sobre o vivido.

48

Outro desafio, era reconhecer até onde podemos questionar, agora gradualmente vou reconhecendo os sinais que o outro nos dá para orientar o caminho a percorrer. Reconhecer o tempo para cada intervenção é fundamental.

Existe sempre algo a fazer perante uma pessoa, por vezes, os pormenores centrados na pessoa têm maior relevância do que intervenções sem objectivo. De facto não podemos mudar o destino destas pessoas mas, podemos fazer com que nem que sejam uns minutos do dia destas pessoas se sintam confortáveis.

Enquadramento da situação	Descrição da interação	Resultado da interação	Análise crítica da interação
<p>A D^a G. de 75 anos tem como diagnóstico carcinoma da esquerda e angiossarcoma na zona irradiada. Vive numa habitação com poucas condições de higiene, acompanhada do marido e pontualmente do filho. Tanto o marido como o filho têm hábitos alcoólicos marcados. Tem apoio na alimentação e de uma cuidadora formal para a higiene corporal e da casa.</p>	<p>No domicílio da doente em situação de prestação de cuidados a ferida maligna na mama esquerda (carcinoma da mama e angiossarcoma na zona irradiada) a D.^a G. referiu: <i>- Aqui estou eu sozinha o dia todo, o meu marido quando chega já vem bêbado, o meu filho também anda na mesma vida. É uma tristeza.</i> Perante esta situação, procurei demonstrar aquilo que para mim a doente tem de bom no seu dia-a-dia como é a visita de uma cuidadora formal que a auxilia nos cuidados de higiene diariamente. Nesse momento, o seu gato de estimação acordou e passou perto da doente, procurei introduzir na conversação o tema de que a presença do gato também lhe faria companhia.</p>	<p>A D.^a G. remeteu-se ao silêncio e permaneceu mais introspectiva tendo, mais tarde, mudado de assunto.</p>	<p>Esta interação não foi a mais adequada no sentido da dignidade da D.^a G. pois não houve uma valorização daquilo que a doente expos. Neste sentido, a interação poderia ter um resultado mais positivo se explorasse a forma como a D.^a G. se relaciona com os seus familiares e a forma como este tipo de relação influencia o seu estar. Questionar o porquê de, naquele momento, a D.^a G. sentir tristeza por não ter um acompanhamento familiar como gostaria, faria sentido uma vez que, esta situação familiar não é recente. De acordo com a resposta da doente poderia ser uma oportunidade para verificar a sua opinião sobre a possibilidade de ir para uma unidade de cuidados paliativos (esta doente está referenciada, aguarda a vaga mas mostra-se renitente na saída de casa). Actuando desta forma procuraria na doente as respostas para a situação o que lhe proporcionaria maior sensação de respeito, manutenção da sua dignidade e por conseguinte conforto psicoespiritual. Desta forma estaria aplicar um dos enunciados de intervenção de perturbações psicológica pertencentes ao catálogo CIPE de cuidados paliativos para uma morte digna: avaliar a depressão, providenciar apoio emocional e ensinar sobre o processo de doença (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).</p>
	<p>Ainda com a referida doente noutra momento de contacto. A D.^a G. à chegada da equipa estava aparentemente mais triste e referiu que não tinha apetite para se alimentar. A D.^a G. referiu novamente que se sente sozinha e que era melhor estar num lar do que estar no seu domicílio. Referiu que “isto é um sofrimento” (sic). Perante esta situação foi questionada a D.^a G. sobre porque é que se sente sozinha e se achava que estava melhor no lar. Perante isto, a D.^a G. direccionou o olhar e permaneceu em silêncio. Quando questionada sobre o que lhe causava sofrimento referiu que era a dor. Foi então esclarecida e relembada sobre a forma como deve administrar a terapêutica analgésica. Foi validada a data de troca do penso transdémico e a utilização da terapêutica prescrita para utilização em agudização da dor. Foi questionada sobre o número de vezes que recorre à terapêutica a recorrer em situação de agravamento da dor. A D.^a G. referiu que ia tomar sempre que sentisse uma intensidade de dor superior. Foi também abordada a questão da alimentação sendo ainda questionada sobre o porquê de não se alimentar. A D.^a G. referiu que não lhe apetecia comer a comida que lhe forneciam. Questionada sobre se ingeriria os suplementos alimentares fornecidos pelo IPOFGL a D.^a G. referiu que os aceitaria. Foi ainda dada relevância à capacidade que a D.^a G. tem para lidar com a sua situação uma vez que, tem procurado reverter as limitações da mobilidade que a doença lhe tem provocado.</p>	<p>A D.^a G. dirigiu o olhar para os profissionais, mostrou-se mais disponível e interessada naquilo que lhe era dito. Sorriu e mostrou-se interessada em ver televisão e em tomar o pequeno-almoço.</p>	<p>Tendo em conta o resultado, esta interação mostrou-se mais adequada a esta doente. Respeitou-se a sua preocupação e o silêncio a que se remeteu quando abordado um assunto que a D.^a G. não encontrou solução. Respeitar este tipo de silêncio e compreender que a interação não pode ir pelo caminho da saída de casa não foi fácil, uma vez que, a doente optou por não responder às perguntas colocadas e dirigiu a sua atenção para outro assunto. Este assunto será necessário discutir mas percebi que não naquele momento, existirão outros momentos mais oportunos. Tendo em conta o sofrimento que a dor lhe estava a causar procurou-se demonstrar as soluções para esse problema que a D.^a G. aceitou. Assim foram aplicadas as intervenções direccionadas para o controlo dos sintomas: Avaliar o controlo da dor e o comportamento relativamente à comida e bebida. Tendo sido feito ensino sobre a ingestão nutricional e sobre a gestão da dor (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). Para além disso, a atitude de preocupação para com a D.^a G. e de atribuir relevância ao seu estado e às suas manifestações não verbais e verbais fez com que a doente se sentisse valorizada e alvo de atenção, isto seria o mais necessário no momento presente desta interação. Estas intervenções centram-se no reforçar das capacidades pertencentes ao diagnóstico identidade pessoal, perturbada (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).</p>
<p>A D.^a L. é uma doente de 48 anos com 2^a recidiva de carcinoma do maxilar. Apresenta neste momento uma ferida maligna que envolve a hemiface direita, na hemiface esquerda tem cicatrizes das cirurgias a que foi submetida que alteraram a sua imagem corporal. Para além disso, foi recentemente transferida do IPOLFG, EPE para o Hospital de Jesus uma vez que, não tinha condições físicas para se manter autónoma no domicílio (onde vivem os pais idosos) e não tinha nenhum cuidador disponível.</p>	<p>Num dos dias após a transferência para o Hospital de Jesus a D.^a L. pareceu mais triste do que o habitual, mantinha-se de olhos fechados, cabisbaixa e com recusa em cuidar da sua higiene corporal e em trocar a camisa de dormir. Referia estar com maior agudização da dor na hemiface à direita e sentiu uma lesão num local onde não existia. No quarto observava-se que a doente não teria nenhuma interação com o meio (estavam as revistas e a roupa no mesmo sítio que em dias anteriores). Perante isto, no contexto de realizar os cuidados à ferida maligna, a interação centrou-se na promoção da troca da camisa de dormir após a finalização do penso mas, a D.^a L. recusou.</p>	<p>A D.^a L. mostrou-se desinteressada perante a estimulação para conversar, respondendo às perguntas com respostas curtas e de olhos fechados.</p>	<p>De forma inconsciente não foi respeitada a vontade da D.^a L. de permanecer como estava. Reflectindo sobre a situação da D.^a L. e perante as interações anteriores conseguimos compreender a D.^a L. vive um sentimento de revolta por aquilo que lhe está a acontecer, sente que é muito nova para viver esta situação, refere que é injusto o que está a passar. A D.^a L. quer apenas estar quieta e permanecer no seu silêncio, referiu mais tarde que precisa de estar assim para noutra momento voltar a si - esta introspecção é importante para a D.^a L.. Na interação quase que foi implícita uma obrigação de a D.^a L. fazer algo para qual não estava disponível. Nas interações nos dias seguintes, após esta reflexão e mudança de atitude (o respeito pela sua vontade) a D.^a L. mostrou-se gradualmente mais disponível para a equipa o que se verificou no seu discurso “que Deus vos acompanhe” “até amanhã”. Reconhecer esta necessidade de silêncio não é fácil para mim como profissional, a revolta e o silêncio são dois aspectos difíceis de gerir na comunicação. Aprendi a respeitar o silêncio e o tempo da D.^a L. e a reconhecer os pormenores como sinais da sua “melhoria” no estado de ânimo. Estes pormenores podem ser o dirigir o olhar, alterar a disposição de alguma coisa no quarto, mostrar interesse sobre a sua roupa, interagir por iniciativa própria com os profissionais. Esta doente vive um processo de sofrimento explícito desta forma a intervenção mais adequada foi: proporcionar privacidade para o comportamento espiritual (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).</p>

Como forma de traduzir em formato físico a aprendizagem não só sobre a promoção de conforto através da aplicação da filosofia inerente à dignidade nos cuidados, como também sobre controlo de sintomas, estratégias de comunicação e o doente e sua família em fim de vida reflecti sobre um caso de estudo que analiso em seguida.

A D.^a M. tem 87 anos e tem como diagnóstico clínico tumor primário de origem desconhecida com metástases ósseas na região cervical, coluna dorsal e na região ilíaca esquerda. Para compreender o contexto pessoal desta doente é necessário conhecer a sua história de vida. A D.^a M. foi educada num ambiente de disciplina e rigor tendo-se apaixonado pela dança à qual dedicou a sua vida. A D.^a M. tornou-se uma bailarina exímia na sua arte, procurou a perfeição no seu quotidiano em treinos exaustivos. Procurou, com a sua vida, promover a arte em que acreditava dando a conhece-la, procurando afirmá-la, nunca desistindo perante as adversidades.

Neste momento da sua vida a D.^a M. vivia na sua casa, acompanhada do seu marido, companheiro da sua vida com o qual partilhou a luta por aquilo que acreditava. Deste casal surgiram 3 filhos nos quais incrementou a procura de um futuro melhor através do trabalho pessoal. Neste momento, os filhos partilham com a sua mãe todos os momentos possíveis do seu quotidiano. A situação de doença detectou-se a partir do momento em que a D.^a teve uma perda de peso considerável. Perante o estado avançado da doença e da fragilidade física não teve indicação terapêutica da mesma. Foi decidido, conforme vontade da doente e da sua família, manter-se no domicílio com apoio domiciliário da equipa de cuidados paliativos.

Perante a avaliação inicial da equipa de cuidados paliativos, após observação da doente, concluiu-se que o sintoma prioritário a controlar seria a dor. Foi então prescrita terapêutica oral para controlar a dor. No entanto, primeiramente a família demonstrou-se resistente à implementação de analgesia com morfina.

Perante este caso a equipa pensou que esta família estaria a sofrer com alguns dos mitos associados à morfina. Após alguma conversa foi percebido que este não era o problema, os filhos não queriam que a mãe estivesse adormecida durante todo o dia, queriam que a mãe estivesse com eles, em relação activa, durante o maior tempo possível. Daqui se reflecte que uma acção na pessoa não é independente da mesma, cada acção envolve a reflexão construtiva e interactiva da pessoa e do seu meio (Oliveira,

2011). Compreende-se que o processo de conforto envolve não só a concepção e vontade da pessoa como também é influenciado pelo seu contexto profissional, cultural e social onde se insere (Cardoso, 2000; Lopes, 2001; Oliveira, 2011).

Foi questionada a D^a. M. sobre a sua dor: referia que não tinha dor, que não queria medicação analgésica e que não queria adormecer. Perante isto, a equipa sentiu uma sensação de impotência perante o real pois, a expressão não-verbal da D.^a M. parecia ao profissionais não corresponder ao que era dito.

Nesta situação existe uma necessidade emergente de perceber o que é ser tratado com dignidade para esta pessoa e o porquê desta forma de interpretar a dor. Para a doente a dor não era a causa de maior desconforto, era sim, a incapacidade para manter a interacção relacional com as suas pessoas significativas. A equipa procurou conhecer melhor esta pessoa e a sua família procurando os seus aspectos biográficos. A partir do conhecimento da história de vida da D^a M. a equipa compreendeu a definição de prioridades desta doente e da sua família.

Tendo em conta a história de vida desta pessoa compreendeu-se que a dor fazia parte do seu quotidiano durante a maior parte da sua vida, e que tal desenvolveu-lhe a resiliência à dor. Esta pessoa não sente a intensidade da dor como algo insuportável, consegue conviver com esta dor com menor sofrimento.

51

Devemos aqui reflectir sobre a concepção de cuidados e da avaliação das necessidades confortadoras desta pessoa. Esta concepção envolve processos reflexivos e de evolução, envolve a vivência, sensibilidade, abertura aos outros o que se traduz em atitudes, comportamentos e condutas (Collière, 1999). Desenvolver o processo de cuidados envolve olhar para a singularidade do outro. A concretização e a adequação dos cuidados centram-se numa atenção pela singularidade de cada pessoa, com vista na obtenção de resultados entre os quais o conforto (Kolcaba, 2003, Nightingale, 1859).

Analisando a forma como esta pessoa necessita da manutenção da sua existência relacional consegue-se constatar que existe aqui uma manifestação expressa do que é o sofrimento existencial: a necessidade da manutenção da relação com os seus familiares prende-se com antevisão do futuro dela sem eles e deles sem ela. Tendo em conta que, perante as adversidades, sempre procurou encontrar caminhos alternativos para atingir os seus objectivos, neste momento final da sua vida a D^a M. procura dar aos seus aquilo

que mais positivo pode dar que é o seu afecto e afirmar o que defendeu na sua vida: encontrar o caminho e segui-lo. A D^a M. teve dificuldade em gerir o desapego que é inerente ao fim-de-vida. Sentir que se iria afastar daqueles que amava causa-lhe angústia o que se observava no apelo para a presença e toque dos familiares.

Foram discutidas as abordagens terapêuticas que corresponderiam às expectativas da doente e sua família. A possibilidade da doente manter medicação que causasse o alívio desejado à sua pessoa de forma a manter-se a interagir manteve a D^a M. e os seus familiares mais tranquilos.

Após o momento em que foi compreendido pela equipa de cuidados paliativos que a dor não era a prioridade nos sintomas, permitiu uma maior disponibilidade relacional não só com os familiares como com a D^a M. A D^a M. no final desta interacção abriu os olhos, olhou para a enfermeira e referiu “até amanhã”.

Através da prática de enfermagem assente na perspectiva humanista traduz-se numa intervenção individualizada e de atenção aos pormenores. Hesbeen (2000) refere tratar-se de tudo o que dá sentido à vida e é importante para a pessoa promove o seu bem-estar e conforto. Esta perspectiva de cuidar permite à pessoa sentir-se valorizada, respeitada e que não está só, assim se pratica enfermagem que se observa na proximidade e atenção da pessoa para com o profissional. Uma doente que sente resultados positivos da intervenção de enfermagem reconhece a sua necessidade e procura manter a relação estabelecida. Através do estabelecimento de uma relação de ajuda iniciada pela ligação de proximidade da equipa de enfermagem potenciou a integração, satisfação e colaboração dos intervenientes nos cuidados de conforto (Carapinheiro, 1998, Lopes, 2001).

52

A finalidade da relação de ajuda implica a integração máxima da experiência que ele vive, procurando ver a pessoa como um todo. Percebe-se que o corpo ultrapassa a sua componente biológica envolvendo a dimensão cultural, psíquica e espiritual (Simões, 2008). O conforto resulta da intervenção do enfermeiro tendo em conta a compreensão da dimensão humanística e holística da pessoa alvo de cuidados. A pessoa é o agente fundamental na procura do conforto.

A D^a M. mostrou-se mais interactiva com a equipa de profissionais e tal permitiu que a equipa encontrasse outras áreas de intervenção para além da dor. Tal, permitiu que os

familiares transmitissem o seu sofrimento, à equipa de cuidados paliativos, inerente à proximidade da perda da sua familiar.

Ao mesmo tempo, esta pessoa enfrenta uma disrupção do seu pessoal. A possibilidade de expor como quer que seja feito após a sua morte, enumerar os locais onde estão os seus valores e o seu testamento deu a esta pessoa maior alívio. Por sua vez, aceitou a analgesia durante o período da noite para permitir o seu descanso e o do seu marido. Está a cumprir o seu papel actual numa vida que traz consigo a responsabilidade de ser vivida tanto quanto possível.

O sofrimento espiritual tem significados diferentes para cada pessoa quando estão perto da morte. Durante os dias que antecederam a morte a D^a M. manifestava a sua religiosidade “Até amanhã, se Deus o quiser”. Esta frase traduz-se na transferência para uma entidade superior o seu destino, acreditando que esta entidade definirá o melhor para si. Para esta pessoa e sua família a espiritualidade centra-se na religiosidade. O conforto espiritual nesta situação envolve a utilização de léxico religioso, abrindo várias possibilidades de promover conforto e suporte para a doente e sua família (Chochinov, 2012).

53

Esta pessoa teve que gerir o seu apego aos familiares e a sua finitude. Teve tempo para se despedir e para sentir que aguardaria pela sua morte sem angústia. Esta pessoa encontrou a sua serenidade após compreender que os seus familiares estavam preparados para a sua morte uma vez que, a lembrariam como aquilo que sempre foi. Segundo a Teoria do Conforto, esta pessoa conseguia atingir um estado de transcendência que se refere a um crescimento na medida em que, cada pessoa tem a possibilidade de sentir capacidade e potencial para planear, controlar e resolver os problemas (Kolcaba, 2003). Conseguiu alcançar um estado de transcendência a nível físico quando releva a sua dependência e sintomas físicos, a nível psicoespiritual quando acredita na sua religiosidade e que uma entidade superior decidirá o seu caminho e a nível sociocultural quando consegue gerir o seu apego aos familiares.

Os profissionais de enfermagem são os principais cuidadores do sofrimento uma vez que, são com frequência o suporte do doente e seus familiares (Morse, 2001). São responsáveis pela avaliação e compreensão do sofrimento, identificam as necessidades e procuram diminuir ou aliviar a dor e o desconforto físico, emocional e espiritual

procurando o conforto (Kolcaba, 2010; Wright, 2005). Assim, a diminuição do numa maior sensação de conforto concretiza-se sofrimento (Kolcaba, 2010).

Este caso demonstra a necessidade de conhecer a história de vida da pessoa de quem se cuida para conseguir compreender as suas atitudes, decisões e necessidades. Por vezes, a interpretação subjectiva do profissional carregada do seu conteúdo pessoal envia a compreensão do significado da realidade da pessoa. Aquilo que nós, profissionais de saúde, sentimos não é o mesmo que a pessoa doente de quem cuidamos sente. A compreensão empática só é praticável quando se conhece a pessoa com quem nos deparamos e delimitamos o nosso mundo individual daquele que pertence ao outro. Se os profissionais fundamentassem a sua interpretação apenas naquilo que interpretavam sem conhecer a história de vida não estariam a corresponder às expectativas da pessoa cuidada, o que limitaria a sua intervenção e o desenvolvimento da relação.

Assim, o conceito de dignidade envolve não só sentir-se tratado como pessoa única, como exercer controlo naquilo que lhe é possível, manter um sentimento de pertença e de relacionamento com quem lhe é importante.

Como enfermeiro especialista esta abordagem é fundamental no processo de cuidados. É importante reflectir que o processo de cuidados tem início e fim no outro que os necessita. Analisar os aspectos que a pessoa considera importantes é fundamental para adequação dos cuidados. Reflectir sobre a forma como nos relacionamos com os doentes, como se comunica com os mesmos, a forma como os interpretamos é determinante para a formulação do processo de cuidados e consequentemente resultados das intervenções. Quando a pessoa alvo dos cuidados avalia que os mesmos são adequados a si adere aos mesmos, participa no processo e por conseguinte sente-se realizada no seu papel de pessoa ultrapassando o papel de doente.

No fim do estágio, com base neste caso foi redigido um artigo (ver apêndice XVII) e este foi apresentado e discutido com a equipa médica e de enfermagem. Toda a equipa esteve presente à qual se juntaram colegas que estão a estagiar no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica. A apresentação (ver apêndice XV) baseou-se na exposição do caso em estudo e a discussão da prestação de cuidados praticada. Ao mesmo tempo foram discutidos os conceitos de dignidade e conforto e relacionados com a prestação de cuidados. Os resultados da prestação de cuidados foram analisados à luz dos ganhos em saúde associados à melhoria do conforto. Este foi um ponto de vista

desafiante para a equipa porque embora se aborde o conceito de dignidade frequentemente, a demonstração da sua aplicabilidade não é comum. A equipa demonstrou o seu interesse sobre esta área e motivou-se para esta estratégia de reflexão sobre os cuidados. A avaliação da formação foi bastante positiva (ver apêndice XVI).

Este estágio foi um desafio a vários níveis. Um dos desafios foi desenvolver o tema da dignidade como forma de promover o conforto da pessoa em fim de vida. Numa fase inicial o meu conceito de aplicação do tema da dignidade estava envolto em dúvidas e concepções pouco adaptadas ao contexto de estágio. Com o evoluir do tempo consegui compreender o real conceito de dignidade na prática de cuidados de enfermagem e mais propriamente em cuidados paliativos.

Reflectir sobre a forma como construímos a filosofia de cuidar foi o ponto de partida. Exigiu uma reformulação de alguns aspectos do meu ser para conseguir compreender o outro, tive que repensar algumas concepções pessoais como são: a consciência de mim, das minhas capacidades comunicacionais e os limites do outro.

Conseguir compreender a vontade da pessoa e praticá-la envolve um desenvolvimento da compreensão empática e do estabelecimento de relação empática. A pessoa doente em contexto de cuidados paliativos vive a confirmação da efemeridade da sua existência. Vivenciam uma condição onde toma consciência do seu eu e da forma como deseja ser tratado, visto pelos outros e viver o seu fim de vida. Promover a dignidade passa por dar relevo ao que a pessoa é, respeitando-a. Este é um meio fundamental para a promoção do conforto em fim de vida.

Com a reflexão durante o tempo de estágio, dedicação e com a procura de bibliografia que fundamentasse a intervenção consegui reflectir sobre a forma de orientar os cuidados para a promoção da dignidade do doente. A vontade do doente é a principal guia para a formulação dos planos de cuidados. Por vezes, compreender a vontade do doente traduziu-se num desafio pois, interferia com concepções pessoais. Só com a abstracção e desmistificação destas concepções e a abertura para a compreensão da pessoa que cuidamos através do estudo da sua história de vida consegui perceber o caminho que cada doente deseja percorrer. Um dos aspectos que me acordou para esta reformulação do pensar foi no livro recente de Chochinov quando é relatada uma história de vida em que a pessoa doente quer ser vista como está na fotografia que está

na sua cabeceira e não como se apresenta actualmente. Tal, demonstrou a importância de perceber a pessoa como ela é para além do seu estado de doença actual.

Como resultado das intervenções pretendia-se que a pessoa mantivesse ou evoluiu-se para algum estado de conforto. O conforto da pessoa ou da sua família tornou-se a tradução dos resultados das intervenções. Em cuidados paliativos, esta forma de abordagem da prestação de cuidados demonstrou-se bastante pertinente e fundamental, pois existe uma enorme dificuldade em traduzir em evidência os ganhos em saúde destes doentes.

Foi fundamental para o meu desenvolvimento a discussão com os profissionais de saúde sobre vários aspectos do cuidar. De facto, é de realçar a discussão interdisciplinar sobre a pessoa doente e sua família de forma a se proporcionar os melhores cuidados possíveis. Nestes momentos formais e informais procurei intervir partilhando os aspectos que conhecia sobre os doentes, colocando questões e partilhando conhecimento adquirido. O facto de existirem momentos para discutir o vários aspectos do cuidar, desde a comunicação verbal como a não verbal às estratégias de cuidar utilizadas, a exigência de uma prática reflectida, permitiu um maior desenvolvimento de conhecimento.

56

Adquiri a capacidade de reformular a minha intervenção, compreendi que a utilização de estratégias de comunicação é fundamental para conseguir compreender o que a pessoa de quem cuidamos necessita. Compreendi que cada pessoa tem a sua história de vida, que esta modula o seu sentir e a faz compreender as suas necessidades de forma individual. Para além disso, aprendi bastante sobre o controlo de sintomas (físicos, psíquicos, psicológicos e sociais) com a articulação com os vários elementos da equipa interdisciplinar para a promoção de conforto da pessoa doente.

Porque foi percebida esta necessidade de desenvolvimento? Porque fui confrontada com situações de fim de vida em que o contacto é prolongado e a pessoa está no seu ambiente, no seu domicílio. A pessoa mantém durante mais tempo o seu papel de pessoa e menos o de doente, enquanto em meio hospitalar impomos este papel de doente à pessoa e pelas dinâmicas hospitalares relevamos estes aspectos. Aqui, o fim de vida é debatido todos os dias com o doente e seus familiares de forma explícita ou

implícita, o que exige uma maturidade profissional sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação a adoptar.

Considero que adoptei um tema desafiante e complexo que envolveu uma transformação da minha abordagem à pessoa não só a nível profissional como pessoal.

No fim deste caminho considero relevante que este percurso se traduz na minha prática de enfermagem diária onde tenho promovido a discussão de aspectos da prestação de cuidados procurando promover a reflexão sobre as estratégias de comunicação, a compreensão das necessidades da pessoa/família e a forma como os cuidados adequados causam conforto.

Conclusão

No início deste processo de aprendizagem, afirmou-se que adquirir e desenvolver competências especializadas no cuidado do doente se havia tornado uma inquietação. Neste momento, foi conseguido apaziguar esta inquietação e por meio dela, desenvolver uma perspectiva baseada no aprofundamento do conhecimento da existência humana que inclui as situações relativas ao doente crítico e à pessoa doente em cuidados paliativos e suas famílias.

O percurso efectuado ao longo do estágio traduziu-se em amadurecimento e aprofundamento do espírito crítico capacidade reflexiva e criativa, para o planeamento, aplicação de conceitos e intervenções.

A prática clínica no SUC onde as intervenções de enfermagem representam um desafio, foi uma actividade interdisciplinar e abrangente impondo conhecimentos, saberes e competências a vários níveis. O atendimento urgente/emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados que não é fácil de conseguir praticar com a qualidade desejável. Acompanhei várias situações urgentes e emergentes, tendo oportunidade de mobilizar conhecimentos no cuidado ao doente crítico. Neste percurso foram primordiais as pesquisas e reflexões que fiz e que permitiram a construção de um relatório reflexivo. Assim, considero que, o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica constitui-se em estar desperta para as inúmeras situações e problemáticas decorrentes da prestação de cuidados, e conseguir em conjunto com o doente, família, comunidade e profissionais de saúde encontrar estratégias de resolução, dando resposta às necessidades identificadas.

58

As 180 horas em contexto de estágio foram insuficientes para aprofundar a diversidade de problemas de saúde e processos de vida, bem como, às transições que os indivíduos e famílias estão sujeitas ao longo do seu ciclo de vida. No entanto, foi uma experiência enriquecedora, deu-me oportunidade de conhecer contextos de prática, situações de doença e perceber como o papel do enfermeiro varia entre diferentes circunstâncias.

Relativamente aos objectivos propostos para esta prática clínica, considero que foram alcançados, apesar das dificuldades sentidas e dos obstáculos ultrapassados.

O ensino clínico no SUC trouxe-me implicações para a prática clínica diária bastante positivas, uma vez que, consegui mobilizar e desenvolver diferentes competências que vão permitir intervir perante os doentes e suas famílias que frequentam o serviço onde desenvolvo a prática profissional. Por outro lado, consegui introduzir no meu serviço e no hospital a utilização de recursos materiais médicos com o objectivo de otimizar a gestão dos recursos hospitalares.

O estágio na UAD centrou-se na compreensão do fim de vida sob a óptica do doente, propiciou-me ampliar o horizonte da compreensão sobre a dignidade. Mostrou-me que não existem limites para esta compreensão, pois, sendo entendido como um processo em constante mutação, assume um contorno diferente a cada momento. O sofrimento foi um conceito que acompanhou os vários momentos do discurso das pessoas doentes associado à importância das redes de apoio, às alterações físicas, às alterações do quotidiano vivencial e à incerteza quanto ao futuro. Numa experiência de ruptura o doente apercebe-se que a efemeridade e a fragilidade da sua existência destinada a terminar não se sabe como, quando e onde, leva a pessoa a sentir a perda de controlo da sua própria vida, ameaça o tempo e a qualidade da existência. Assim, a pessoa doente assume a necessidade de uma habilidade técnico-científica para a realização de acções que aliviam o sofrimento, comportamento empático e compassivo, informação e suporte emocional.

59

A visão do enfermeiro deve ser dirigida a um cuidado individualizado, dirigido à realidade de cada pessoa, deixando de lado as tarefas ou as simples prescrições que podem até servir como complemento do seu trabalho mas, nunca como recurso principal a ser utilizado. O cuidado a ser prestado deve ser dirigido pela pessoa que vive o processo de doença. Ela deve receber o cuidado baseado naquilo que compreende como necessário, buscando uma vida mais equilibrada. As informações fornecidas devem ser contextualizadas, utilizando conhecimentos científicos associados à individualidade da pessoa de forma a ajudar este indivíduo a procurar os recursos disponíveis, buscar ajuda nos profissionais de saúde sobre a sua doença e as formas correctas de enfrentar a sua situação vivencial. Isto servirá como base para a construção de conhecimento e para, ser capaz de manter o controlo das suas vidas. No entanto, não basta transmitir informações, é importante considerar o modo como estas são transmitidas. Estas

informações devem ser expressadas com palavras e atitudes que denotem atenção e cuidado.

A compreensão do saber da pessoa cuidada deve ser o ponto de partida para as acções de enfermagem, este orienta as intervenções e dá-lhes significado. Enfermeiro e doente devem compartilhar conhecimentos, no intuito de determinar quais as estratégias poderão favorecer o alcance de uma vida equilibrada e conseqüentemente, com melhor qualidade. A pessoa doente quer ser compreendido como um ser humano que sofre porque para além da dor física, possui conflitos existências e necessidades que os fármacos não podem suprir: necessitam de um relacionamento humano baseado na empatia. Isto implica para o profissional o saber ser e saber saber; saber escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para, só então, planear acções. Neste sentido, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos de afecto e sorrisos que demonstram aceitação e estimulam a expressão de sentimentos. Perceber constitui não apenas olhar, mas atender e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio das suas experiências, emoções e espiritualidade.

O relacionamento interpessoal adquire grande importância para aqueles que vivenciam este período, evidenciaram o valor da relação humana baseada na empatia e compaixão como base para o cuidado. Em paralelo, a comunicação mostrou exercer um papel de destaque ao longo do percurso realizado, seja enquanto informação que é demandada pelos doentes ou como atributo essencial do relacionamento interpessoal. A comunicação empática foi enfatizada enquanto instrumento que fornece suporte e sustento para o alívio do sofrimento.

60

Gostava de destacar que todos os momentos de partilha na prestação de cuidados ao cliente e à família que aconteceram nestes contextos e com os colegas com quem trabalhei foram muito importantes, pois foi, com todos eles que consegui incorporar as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e evoluir.

Neste sentido, considera-se importante revelar que é imperativo os profissionais de Enfermagem reflectam sobre a sua intervenção, considerando as suas atitudes como uma intervenção terapêutica desde que adequadas à individualidade dos doentes.

Aprendi a reformular a minha intervenção, compreendi que a utilização de estratégias de comunicação é fundamental para conseguir compreender o que a pessoa de quem cuidamos necessita. Compreendi que cada pessoa tem a sua história de vida, que esta modula o seu sentir e a faz compreender as suas necessidades de forma individual. Para além disso, aprendi bastante sobre o controlo de sintomas (físicos, psíquicos, psicológicos e sociais) com a articulação com os vários elementos da equipa interdisciplinar para a promoção de conforto da pessoa doente.

Considero que adoptei um tema desafiante e complexo que envolveu uma transformação da minha abordagem à pessoa não só a nível profissional como pessoal e com os pares. Compreender o que é a dignidade da pessoa com quem nos relacionamos envolve o estabelecimento de uma relação terapêutica, sendo este processo pouco fácil de praticar. Envolve uma reflexão pessoal sobre os limites do meu ser, daquilo que eu sou e daquilo que os outros são. Pensar que os outros não pensam igual a mim é o ponto de partida para a prender a ser, a fazer e a estar. Cada individuo interpreta a sua realidade de forma tão específica quanto é o seu contexto psicossocioespírito-cultural.

61

No fim deste caminho considero relevante que este percurso se traduz na minha prática de enfermagem diária onde tenho promovido a discussão de aspectos da prestação de cuidados procurando promover a reflexão sobre as estratégias de comunicação, a compreensão das necessidades da pessoa/família e a forma como os cuidados adequados causam conforto.

Considero que cresci como pessoa e profissional, compreendi vários aspectos ligados à minha pessoa que tinham que ser analisados para me poder desenvolver. Para além disso, os conhecimentos adquiridos nas diversas áreas de saber de enfermagem proporcionam-me maior responsabilidade e convicção das intervenções adoptadas.

Promover a dignidade passa por dar relevo ao que a pessoa é, respeitando-a. Este é um meio fundamental para a promoção do conforto de quem cuidamos.

O desconforto e o sofrimento são desafios para os profissionais de saúde que envolvem questionar o seu agir no cuidado ao doente e na sua relação com o mesmo. Os enfermeiros devem desenvolver o seu sistema de valores humanístico-altruísta,

procurando reflectir as experiências de vida da pessoa. Desta forma, os enfermeiros deverão fortalecer a sensibilidade para consigo e para com os outros, a fim de poderem assumir uma atitude de preocupação com o bem-estar e conforto da pessoa, através do auto-consciencialização e da autenticidade. A identificação com a experiência do doente exige envolvimento centrado no “insight” empático, o que só se tornará possível através da relação enfermeiro-doente que se substância na procura permanente de conforto.

Em jeito de reflexão cito David Hume (1960):

“...quando me chego mais intimamente ao que chamo ego, acabo por sempre tropeçar numa ou noutra percepção específica: de frio ou quente, de luz ou de sombra, de amor ou de ódio, de dor ou de prazer. Nunca consigo encontrar-me sem uma percepção, e nunca consigo observar outra coisa que não seja a percepção.”

Referências Bibliográficas

Bagheri, H., Yaghmaei, F., Ashktorab, T., & Zayeri, F. (2012). *Patient dignity and its related factors in heart failure patients*. *Nursing Ethics*, 19(3), 316–27. doi:10.1177/0969733011425970

Bechtal, I. (n.d.). *Common Themes for Improving Emergency Department Patient Satisfaction*, 2(M).

BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto editor, coleção enfermagem, 2ª edição, 2005, 262p. ISBN 989-558-052-5.

Brencick JM & Webster GA (2000) *Philosophy of Nursing: A New Vision of Health Care*. State University of New York Press, Albany, NY.

Brown, H., Johnston, B., & Ostlund, U. (2011). *Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care*. *British Journal of Community Nursing*, 16(5), 238–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21642928>

63

Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Cardoso, M.A.G.M. (2000). *O cuidar em Gerontologia. Uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros*. (Dissertação em mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto

Carta dos Direitos do Doente Internado, DGS, 2005.

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Declaração de Lisboa. Associação Médica Mundial, 1991.

Chochinov, H. M. (2012). *Dignity Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). *Tema: questões éticas: dignidade*, 287(17), 1–2.

Collière, Marie-Francoise. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência

Dellinger, P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, A., Masur, H., Mermel, L. A., ... Control, I. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, 2011 Oklahoma Foundation for Medical Quality.

DIAS, José Manuel – *Formadores: que desempenho*. Lisboa: Lusociência: edições técnicas e científicas Lda, 2004.197p. ISBN 972-8383-75-4.

Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). *The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 800–9. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02052.x

Enfermagem, C. I. de. (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (p. 69).

64

Fawcitt, S., Jacobs, L., & Christopher, S. (2009). *End of life care of a patient : a case study*, 03(08), 406–408.

Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). *Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature*. *BMC Nursing*, 7, 11. doi:10.1186/1472-6955-7-11

Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. (2013). *Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa*. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 26(4), 327–334.

Hack, T. F., McClement, S. E., Chochinov, H. M., Cann, B. J., Hassard, T. H., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2010). *Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy*. *Palliative Medicine*, 24(7), 715–23. doi:10.1177/0269216310373164

Henderson, A., Van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., & Osborne, Y. (2009). *Maintainance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews*. *International journal of nursing practice*, 15(4), 227–30. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01764.x

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.

INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA - Abordagem do traumatizado em ambiente pré-hospitalar. *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM, 2007.

Jacelon, C. S., Connelly, T. W., Brown, R., & Proulx, K. (2004). N U R S I N G T H E O R Y A N D C O N C E P T D E V E L O P M E N T O R A N A L Y S I S A concept analysis of dignity for older adults.

65

Jacobs BB (2001) *Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge*. *Advances in Nursing Science* 24, 17–35.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2010). *de rango medio del confort Case study on the use of instrument of Katherine Kolcab a middle range theory : from comfort*, 9(2), 94–104.

Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013) *Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma*. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 20(2), 77–85. doi:10.1097/JTN.0b013e31829600a8

Lin, Y.-P., Tsai, Y.-F., & Chen, H.-F. (2011). *Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 794–801. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03499.

Lipley, B. N. (2008). *RCN campaign urges emergency nurses to put principles of dignity ' back at the heart of nursing '*, 16(4).

Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.

LOPES, Vera; MADEIRA, Vera – *Processos de Formação Na e PARA a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.2007.207 p. ISBN 978-972-8930-35-6.

Mairis ED. *Concept clarification in professional practice: dignity*. *J. Adv Nurs* 1994;19:947-53.

Margarida, A., & Gomes, R. (n.d.). *O CUIDADOR E O DOENTE EM DE FIM DE VIDA - FAMÍLIA E / OU PESSOA SIGNIFICATIVA*, 1–9.

66

Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de Vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e Intervenções dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados* (pp. 1–17). Castelo Branco.

McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). *Dignity therapy: family member perspectives*. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1076–82. doi:10.1089/jpm.2007.0002

Morse, J.M. (2001, September). *Toward a praxis theory of suffering*. *Advances Nursing Science*, 24 (1), 47-59.

Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência

NUNES, LUCÍLIA; AMARAL, MANUELA; GONÇALVES, ROGÉRIO (org) et al (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.

Oliveira, G. (n.d.). Gisela Oliveira, 114–120.

RAMALHO, A. (2005): *Redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática: com e sem metanálise*. Formasau, Formação e Saúde, Lda. Coimbra

Ribeiro, P. C. (2012). *A NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR- Construção de uma teoria explicativa- Projecto integrado de vivência e cuidado co- criado*. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Saúde, M. da. (2011). *O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes*. 67

Serra, M.N. (2005). *Aprender a ser doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.

SHEEHY'S, Susan – *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. Brasil: Lusociência, 4ª ed. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9.

Silva, J.F. (2006). *Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência

Viegas, M. (2011). “ *VIA SUBCUTÂNEA: UMA NOVA ALTERNATIVA .*” Comunicação, Prémio De Jornadas, Ia Médico-Cirúrgica, De Enfermagem, 1–19.

Vieira, Margarida (2007). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Walsh K & Kowanko I (2002) *Nurses' and patients' perceptions of dignity*. International Journal of nursing practice 8, 143–151.

Watson (1988) WATSON, Jean – *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem*. Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-37-1

Legislação consultada

Código Deontológico do Enfermeiros, Inserido no Estatuto da ORDEM DOS ENFERMEIROS republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 Dez.1948

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 2009. [Consult. 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf

68

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1998. [Consult. 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Apêndices

Apêndice I - Artigo de Revisão Sistemática da Literatura

D

ignidade: Qual o sentido para a pessoa hospitalizada?

Uma revisão sistemática da literatura.

Lúcia Maria Veiga Bacalhau

Aluna do Mestrado em Enfermagem vertente profissional – Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Enfermeira no IPOLG, EPE

luciacacalhau@gmail.com

Prof. Patrícia Pontífice Sousa

Docente no ICS da UCP Lisboa

Resumo

Embora exista muita literatura que se refere ao termo dignidade, o uso comum deste conceito parece confuso e sem clarificar o seu significado (Gallagher, Li, Wainwright, Jones, & Lee, 2008) (Jacelon, Connelly, Brown, & Proulx, 2004).

A Revisão Sistemática é um método que tem vindo a utilizar-se de forma crescente em estudos científicos, avaliando um conjunto de dados existentes, por forma a obter uma síntese rigorosa de informação científica sobre um determinado tema de acordo com um conjunto de critérios definidos (Munoz et al, 2002).

Assim, tendo por base tal, bem como a pesquisa inicial sobre as variáveis estudadas em trabalhos anteriores neste domínio, foi delineada a seguinte questão principal: Qual o sentido da dignidade para a pessoa hospitalizada?

Analisaram-se os 3 estudos encontrados, estes estudos partilham o método de investigação qualitativo, o que se mostra o mais adequado para a exploração de uma realidade influenciada pelas vivências e experiências de cada pessoa.

Como forma de conclusão desta revisão sistemática da literatura constata-se que a manutenção da dignidade do doente é fundamental no processo de cuidados. Tal interfere com o estado de saúde do doente. O doente procura que o seu papel de doente não se sobreponha ao seu papel de pessoa.

Neste processo é fundamental a comunicação durante a prestação de cuidados. A pessoa doente apercebe-se tanto da comunicação verbal como não-verbal do profissional e tal interfere com a eficácia do processo terapêutico.

É importante que a pessoa doente sinta que o profissional está naquele momento com ele e que tem um papel activo no seu processo de cuidados.

De facto, torna-se evidente que os doentes atribuem o papel de “guardião da dignidade do doente” aos enfermeiros. A dignidade é um direito fundamental da pessoa. A pessoa doente pode estar vulnerável, cabe ao enfermeiro promover a sua dignidade reflectindo junto do doente a melhor forma de cuidar.

Palavras- chave: dignidade, doente, percepção

Abstract

Although there exists much literature that refers to the term dignity, the common use of this concept seems confuse and does not clarify its meaning (Gallagher et al., 2008) (Jacelon, Connelly, Brown, & Proulx, 2004).

The systematic review is a method that has being used incrementally in scientific studies, evaluating an existing dataset so it obtains scientific information that is synthetic and rigorous about a given topic according to a set of defined criteria (Munoz et al, 2002).

So, based on the initial search about the studied variables in previous works, it was outlined the next main question: What´s the perception about your dignity during a disease situation?

Three studies were found, these studies share the qualitative method, which proved the most adequate to the exploitation of a reality influenced by the experimentation of each person.

As a conclusion of this systematic review, it appears that the maintenance of the patient’s dignity is crucial in the care process. It interferes with the patients’ health. The patient demands that the role he plays as a patient doesn’t overlap, the role he plays as a person.

The communication is very important in the caretaking process. The sick person realizes both verbal and nonverbal communication and it interferes with the efficiency of the therapeutic process. It is important that the sick person realizes that the practitioner is with him and plays a crucial part in the care process.

Indeed, it is clear that patients' allocate their "dignity guardian" to the nursing staff. Dignity is a person's fundamental right.

The sick person may be vulnerable; however it is the nurse's job to promote its dignity, reflecting with the patient about the best way to be taken care of.

Keywords: dignity, patient, concept

Resumen

Aunque existe literatura que se refiere a la dignidad plazo, el uso común de este concepto parece confundido (Gallagher et al., 2008) (Jacelon, Connelly, Brown, & Proulx, 2004).

Una revisión sistemática es un método que se utiliza hasta cada vez más en los estudios científicos, la evaluación de un conjunto de datos existentes con el fin de obtener una síntesis exacta de la información científica sobre un tema de acuerdo con un conjunto de criterios (Munoz et al, 2002).

Así, basada en trabajos anteriores en este campo se indica el principal interrogante siguiente: ¿Cuál es la percepción de su dignidad en una situación de enfermedad?

Se analizaron los 3 estudios encontrados, estos estudios comparten el método de investigación cualitativo, se muestra el más adecuado para la exploración duna realidad influenciada por las experiencias y vivencias de cada persona.

Como conclusión, el mantenimiento de la dignidad del paciente es esencial en el proceso de atención. Esto interfiere con la condición del paciente. Paciente que demanda su papel de enfermo no se superpone con su papel como persona.

Este proceso es fundamental para la comunicación durante la atención. El enfermo se da cuenta tanto la comunicación verbal y no verbal de profesional, e interferir con la eficacia del proceso terapéutico.

Es importante que el enfermo siente que el negocio es en ese momento con él y tener un papel activo en su proceso de atención.

De hecho, es evidente que los pacientes asignar el papel de "guardián de la dignidad del paciente" a las enfermeras. La dignidad es un derecho humano fundamental. La persona enferma puede ser vulnerable, es la enfermera de la promoción de su dignidad que refleja el paciente con la mejor atención.

Palabras-clave: dignidade, paciente, percepción

Introdução

Na sociedade contemporânea, os direitos fundamentais como a dignidade e o respeito são essenciais para promover cuidados de qualidade, devido à transição de pessoa a pessoa-doente envolver uma ameaça à integridade da mesma. A ênfase na dignidade significa que tal, não pode ser ignorado na prestação de cuidados de saúde (Gallagher et al., 2008). Cuidar sem dignidade influencia a recuperação da saúde do doente y (Brencick & Webster 2000, Jacobs 2001, Walsh & Kowanko 2002).

Filosoficamente o conceito de dignidade foi inicialmente abordado por Aristóteles. Segundo as tradições aristotélica, a *dignidade do homem* seria proporcional à sua capacidade de pensar e conduzir a própria existência desde a razão.

Já na Declaração Universal dos Direitos Humanos é referido no artigo I que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.”

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Como é referido no artigo 78 do Código Deontológico do Enfermeiro “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Jean Watson (1988) refere que como enfermeiros devemos procurar em nós o sentido de dignidade para poder olhar os outros com dignidade.

Segundo Savater (1999), a dignidade humana é composta por quatro grandes dimensões: implica inviolabilidade da pessoa humana, o reconhecimento da autonomia de cada um para a sua vida, reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros seres humanos.

O conceito de *dignidade* é um dos mais relevantes para as reflexões ética, política e jurídica. Por esta razão, a sua definição filosófica é uma tarefa árdua. Embora exista muita literatura que se refere ao termo dignidade, o uso comum deste conceito parece confuso e sem clarificar o seu significado (Gallagher et al., 2008) (Jacelon et al., 2004).

73

Se os enfermeiros devem prestar cuidados respeitando a dignidade dos doentes, deve-se clarificar o conceito de dignidade. O que significa dignidade para a pessoa doente? O que pode promover e diminuir a dignidade?

Constata-se que existem inúmeros trabalhos acerca de várias áreas temáticas, realizados por diferentes pessoas, verificando-se que os resultados obtidos se encontram dispersos. Com consciência deste facto e no sentido de organizar o conhecimento produzido, tem-se verificado um desenvolvimento crescente da elaboração de Revisões Sistemáticas da Literatura.

A sua relevância prende-se com a possibilidade de organizar o conhecimento produzido, permitindo dar visibilidade sobre o que se sabe acerca de um determinado tema; identificar lacunas de conhecimento; elaborar novas questões de investigação; identificar áreas que necessitem de ser mais desenvolvidas, no sentido de colmatar falhas em termos de prestação de cuidados e promover a implementação de intervenções de enfermagem adequadas e eficientes.

Questão de investigação

Pretendendo-se sistematizar o estudo do conhecimento sobre o significado de dignidade para a pessoa doente, nomeadamente o doente internado, foi necessário formular uma questão de investigação que serviu de base orientadora para a realização deste trabalho, tendo sido formulada de acordo com os critérios estabelecidos para o método PICOD. Deste modo, esta deve ser bem estruturada, definindo quais as estratégias a utilizar na identificação e selecção dos estudos que irão constituir a amostra. Assim, tendo por base tal, bem como a pesquisa inicial sobre as variáveis estudadas em trabalhos anteriores neste domínio, foi delineada a seguinte questão principal: Qual o sentido da dignidade para a pessoa doente hospitalizada ?

Desenvolvendo esta questão surgem outros aspectos que orientaram a colheita de artigos, sendo eles: Quais as estratégias do cuidado são valorizadas pelo doente como promotoras da sua dignidade? Que aspectos do cuidado são valorizados pelo doente como promotoras da sua dignidade?

74

Considerações metodológicas

O conceito de dignidade envolve uma reflexão individual, holística e influenciada pelas características sócio culturais de cada indivíduo. Neste sentido, o objectivo desta pesquisa é através da evidência descrita nos artigos consultados perceber a formulação do conceito de dignidade durante uma situação de doença pela pessoa doente. Desta forma, organiza-se uma síntese de conhecimento reflectido na prática dos contextos de saúde o que permitirá uma reflexão sobre os cuidados prestados tendo em conta a promoção da dignidade do doente. Para além disso, esta síntese de conhecimento permitirá reconhecer a necessidade de investigação nesta área, tal como orientar a formação em enfermagem.

Dado que a grande maioria dos estudos e publicações sobre dignidade se encontram em língua inglesa, foram feitas pesquisas electrónicas através de vários motores de busca científica, nomeadamente MEDLINE e EBSCO, tendo-se identificado inúmeros trabalhos de interesse nas bases de dados CINAHL, Cochrane Database of Systematic

Reviews, com datas a partir de 2009, utilizando as seguintes palavras-chave e termos de pesquisa: *dignity, patient care, nurse /nursing care; patient perception, patient*.

Esta grande diversidade de termos pretendeu ir ao encontro das diferentes designações encontradas na literatura acerca do tema, e a sua utilização permitiu aumentar a sensibilidade da pesquisa.

Por outro lado, tendo-se feito a combinação desses termos com a palavra “dignity” conseguiu-se melhorar a especificidade da pesquisa, embora ainda assim se tenham identificado estudos que não se adequavam aos objectivos desta revisão da literatura. Ainda utilizando combinações das mesmas palavras-chave, tanto em inglês como português, foram também utilizados motores de busca gerais da Internet, nomeadamente o Google, para onde, aliás, eram remetidas algumas das referências encontradas nas bases de dados de investigação acima referidas, e que em muitos casos fornecia referências adicionais sobre o mesmo autor, o que permitiu a obtenção directa do texto completo da publicação seleccionada. Este processo foi moroso e complicado, uma vez que apesar do número de artigos identificados, constatou-se que poucos se adequavam aos propósitos estabelecidos. Por forma a colmatar esta lacuna, foram conjugados os diferentes conceitos e seus sinónimos, alternando a sua ordem no sentido de obter mais resultados, o que não se mostrou vantajoso.

75

Para a selecção dos artigos desta revisão da literatura utilizámos o método designado de PI[C]OD: participantes (e situação clínica); intervenção; contexto do estudo; resultados (*Outcomes*) e desenho ou tipo de estudo (Ramalho, 2005). Atendendo à especificidade do tema foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão, objectivando facilitar e orientar a localização e selecção de estudos relevantes dentro da temática a abordar. Neste sentido, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão (tabela 1)

Tabela 3- Critérios de selecção dos artigos

Critérios de selecção	Critérios de selecção	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoa doente hospitalizada	Outros que não pessoa doente hospitalizada
Intervenção	Percepção do doente sobre dignidade	-
Contexto do estudo	Estudos realizados em contexto hospitalar	-
Desenho do estudo	Estudos de investigação com abordagem quantitativa e qualitativa	-
Data de publicação	Publicados a partir de 2009 até 2013	

Resultados

A partir do material identificado e obtido em texto integral e/ou apenas com base no resumo disponibilizado, foram seleccionados para a revisão da literatura os trabalhos que se referiam directamente ao que o doente identificava como intervenções promotoras da sua dignidade. Mais concretamente, e como critério de selecção acerca da população em estudo, incluíram-se as investigações baseadas em amostras constituídas por pessoas doentes internadas. Foram excluídos outros tipos de texto com reflexões filosóficas ou com identificação do conceito de dignidade por pessoas não doentes.

Dentre todos os trabalhos identificados através dos vários tipos de pesquisa bibliográfica, e utilizando os critérios enunciados anteriormente, apenas 3 estudos foram seleccionados para análise nesta revisão da literatura: 3 estudos primários qualitativos. Segue-se a apresentação dos principais resultados da análise dos estudos seleccionados, que foram agrupados e organizados por forma a se obter uma resposta, mais ou menos directa, às questões de investigação desta revisão de literatura. Os estudos são resumidamente apresentados no quadro 2, segundo as suas características (*P*articipantes, *I*ntervenções, resultados e *D*esenho do estudo e ainda, ano e país do estudo, e autor/es), a fim de facilitar a comparação entre eles e também a avaliação da heterogeneidade metodológica dos resultados obtidos nos diversos estudos.

Tabela 4 - Quadro resumo de análise dos artigos seleccionados

Autores/Ano/País	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Henderson, Amanda Van, Mary Ann Pearson, Kate James, Catherine Henderson, Peter Osborne, Yvonne Queensland, Australia 2009	<p>Os participantes foram escolhidos através de uma amostra por conveniência de funcionários e pacientes internados, de forma aleatória.</p> <p>Num total, quinze homens e vinte e quatro mulheres foram observados (média de idades = 74).</p>	<p>Existiram dois períodos para o processo de colheita de dados:</p> <p>1.Observação de interacções entre Enfermeiros e Pacientes: O investigador documentou todas as interacções observáveis entre pacientes.</p> <p>As observações foram directamente gravadas sem que os participantes tivessem conhecimento de tal.</p> <p>O investigador gravou igualmente as impressões subjectivas dos estilos de comunicação e linguagem corporal durante o período de observação.</p> <p>2. Entrevistas dos pacientes: as entrevistas com os pacientes foram conduzidas ao longo do período de observação -</p> <p>O investigador referiu-se a observações específicas e falou com os pacientes sobre o facto de sentirem a sua dignidade ameaçada.</p>	<p>As queixas dos pacientes focavam-se muito à volta da percepção de não terem sido adequadamente cuidados.</p> <p>Isto pode ter a ver com a quantidade de tempo que um funcionário passa com um paciente ou a percepção que o paciente tem da dignidade e do respeito que lhe são empregues.</p> <p>A organização é um factor chave na forma como o cuidado é organizado e dado, sendo um factor importantíssimo em moldar a natureza das interacções entre pacientes.</p> <p>Estes resultados preliminares sugerem que os pacientes estão a aceitar desvios consideráveis nos cuidados de saúde se sentirem que a organização actua em favor dos seus melhores interesses.</p>	Qualitativo
Lin, Yea-Pyng Tsai, Yun-Fang Chen, Hsiu-Fang Taiwan 2010	<p>Para que os pacientes fossem incluídos no estudo, tinham que cumprir os seguintes critérios:hospitalizados durante mais de três dias, no mínimo com vinte anos de idade, não serem doentes do foro mental, com vontade</p>	<p>As entrevistas foram conduzidas com quarenta pacientes propositadamente escolhidos num Hospital Universitário na parte oriental de Taiwan, desde Maio a Agosto de 2009.</p> <p>As entrevistas foram transcritas e analisadas.</p>	<p>As maiores revelações indicaram que muitos dos pacientes hospitalizados estavam satisfeitos com a sua dignidade. Foram identificados seis temas que contribuíram para a preservação da mesma: capacidade de controlo e autonomia, serem respeitados como pessoas, evitarem a exposição corporal, o cuidado dos enfermeiros, confidencialidade das informações relacionadas com a doença e resposta rápidas às suas necessidades.</p>	Qualitativo

	em participar e serem capazes de falar Chinês ou Tailandês.		Estas descobertas podem ajudar as enfermeiras a entenderem melhor a dignidade no tratamento, porque foram descritas do ponto de vista do paciente. Por terem sido identificados os factores mais importantes de acordo com as perspectivas dos pacientes, contribuindo assim para a sua dignidade, assim as intervenções no âmbito da enfermagem podem ser desenvolvidas e melhoradas.	
Bagheri, Hossein Yaghmaei, Farideh Ashktorab, Tahereh Zayeri, Farid Iran 2012	Neste estudo qualitativo, vinte e dois pacientes em falência cardíaca foram escolhidos propositadamente e as entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas até à saturação dos dados.	As entrevistas foram conduzidas durante um período de quatro meses. A entrevista semiestruturada foi conduzida com cada um dos participantes. De forma a ajudar os participantes a sentirem-se à vontade as entrevistas começaram uma pergunta geral. Com base num guião da entrevista que obteve sucesso em entrevistas de testes, perguntas sucessivas foram progredindo para tópicos específicos. As entrevistas tiveram um tempo de duração entre quinze a vinte minutos, tendo durado uma média de trinta minutos. Uma análise de conteúdo qualitativa foi efectuada usando os métodos descritos por Hsieh e Shannon.	Os factores relacionados com dignidade do paciente foram divididos em duas categorias principais: -Lista de recursos e cuidados ao doente: -Aspectos intrapessoais (crenças individuais e características inerentes). -Interacções pessoais (comunicação, respeito, suficiência de informação, privacidade e autoridade), foram classificados como componentes da lista de recursos e cuidados ao doente. Os recursos humanos (gestão e funcionários) e recursos ambientais (instalações e espaço físico) foram classificados como componentes da categoria de recursos Os resultados vão aumentar o entendimento dos funcionários acerca dos cuidados de saúde relacionados com a dignidade do paciente, bem como, providenciar informação no que respeita ao desenvolvimento de sistemas e processos que sirvam de base ao paciente em formas que sejam consistentes com estes valores.	Qualitativo

Análise e discussão

Analisaram-se os 3 estudos encontrados, estes estudos partilham o método de investigação qualitativo, o que se mostra o mais adequado para a exploração de uma realidade influenciada pelas vivências e experiências de cada pessoa.

Estes estudos interceptam-se em vários aspectos, no entanto, devido a serem desenvolvidos em contextos diferentes, evidenciam aspectos específicos e não menos importantes para a percepção do fenómeno em estudo. É certo que houve algumas dificuldades em compreender alguns raciocínios expressos em alguns artigos, uma vez que, o inglês não era o idioma de países como a China e Irão e o processo de tradução não terá sido o mais correcto.

É curioso analisar que os 3 estudos foram desenvolvidos em países tão distintos como Irão, China e Austrália, o que permite um raciocínio: esta temática é relevante a nível internacional, sendo importante conhecer a perspectiva da pessoa doente de forma a adequar os cuidados prestados.

Os artigos evidenciaram que o doente associa as atitudes promotoras da sua dignidade ao cuidar do enfermeiro. Nestes artigos, os entrevistados referem-se aos profissionais de saúde mas só enumeraram o profissional enfermeiro.

Os doentes referem que a sua dignidade pode ser atingida por atitudes e comportamentos dos enfermeiros. Reconhecem a forma como desejam ser cuidados, referindo os aspectos que promovem a sua dignidade e aqueles que a afectam de forma negativa.

Os doentes desejam ser respeitados como pessoa de forma equitativa, manter o sentido de controlo e autonomia, a privacidade e uma resposta às suas necessidades de forma que não se sinta um indivíduo incompleto e exclusivamente dependente.

79

Ilustração 1 - Factores que influenciam a dignidade do doente

O que é valorizado pelo doente?	Quais as estratégias que promovem os aspectos enunciados?
Confidencialidade (Bagheri, Yaghmaei, Ashktorab, & Zayeri, 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin, Tsai, & Chen, 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Questionar a vontade da pessoa em receber visitas;• Saber se pretende que a sua informação clínica seja partilhada;• Falar baixo e discretamente com ele sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;
Autonomia e Controlo (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Participar na decisão do processo de cuidados;• Informar sobre os procedimentos;• Igualdade entre os doentes
Comunicação Empática (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Encorajar;• Ouvir;• Questionar sobre o que o desconforta? Como está?• Valorizar as queixas do doente;

	<ul style="list-style-type: none"> • Ser modesto e responsável;
Privacidade (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar a exposição do corpo, expondo apenas o local necessário; • Correr as cortinas; • Avisar para as visitas saírem;
Respeito (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Chamar pelo nome; • Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como doente; • Escutar o doente;
Informação (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o doente informado sobre a sua situação clínica, eventuais complicações e tratamentos que terá de realizar;
Resposta às necessidades (Bagheri et al., 2012) (Henderson et al., 2009) (Lin et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecipar as necessidades dos doentes; • Responder no tempo adequado às necessidades do doente;

No artigo de Bagheri, Yaghmaei, Ashktorab, & Zayeri,(2012) é referido que factores relacionados com os recursos humanos como são: o reduzido numero de profissionais e o cansaço dos mesmos é um obstáculo ao cumprimento os aspectos promotores da autonomia. Valorizam o aspecto limpo e cuidado dos profissionais. Para além disto, expõem que é importante para a manutenção do seu sentido de dignidade o acesso a infra-estruturas essenciais no quotidiano, como são as casas de banho e os lavatórios. Tendo em conta os aspectos ambientais expõem a importância de um espaço físico limpo e com luz.

Henderson et al., (2009) refere que os participantes do seu estudo mencionam um aspecto importante: a incapacidade de conter a difusão dos odores corporais (como quando acontece quando um doente evacua numa arrastadeira na cama) mostra-se um aspecto que interfere com o seu bem-estar.

Conclusão

Como forma de conclusão desta revisão sistemática da literatura constata-se que a manutenção da dignidade do doente é fundamental no processo de cuidados. Tal interfere com o estado de saúde do doente. O doente procura que o seu papel de doente não se sobreponha ao seu papel de pessoa.

Neste processo é fundamental a comunicação durante a prestação de cuidados. A pessoa doente apercebe-se tanto da comunicação verbal como não verbal do profissional e tal interfere com a eficácia do processo terapêutico (aspectos sintetizados na ilustração 1).

É importante que a pessoa doente sinta que o profissional está naquele momento com ele e que tem um papel activo no seu processo de cuidados.

De facto, torna-se evidente que os doentes atribuem o papel de “guardião da dignidade do doente” aos enfermeiros. A dignidade é um direito fundamental da pessoa. A pessoa doente pode estar vulnerável, cabe ao enfermeiro promover a sua dignidade reflectindo junto do doente a melhor forma de cuidar. O doente consegue identificar os obstáculos à sua dignidade (ilustração 2).

Esta revisão permite aos enfermeiros delinear estratégias de intervenção e reflectir sobre as atitudes e formas de agir usadas na prestação de cuidados.

A manutenção da dignidade é uma dimensão determinante para a recuperação do seu estado de saúde e manutenção ou melhoria da qualidade de vida.

Mostra-se, então, premente a necessidade de processos de investigação nesta área no nosso país, de forma a conhecer os aspectos que a pessoa doente valoriza e aqueles agridem a sua dignidade, uma vez que, estes aspectos são influenciados pelo contexto sociocultural de cada indivíduo.

Referências Bibliográficas

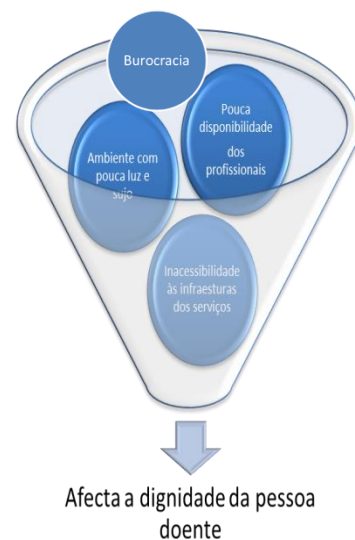
Bagheri, H., Yaghmaei, F., Ashktorab, T., & Zayeri, F. (2012). Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nursing ethics*, 19(3), 316–27. doi:10.1177/0969733011425970

Brencick JM & Webster GA (2000) *Philosophy of Nursing: A New Vision of Health Care*. State University of New York Press, Albany, NY.

Código Deontológico do Enfermeiros, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 Dez.1948.

Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *BMC nursing*, 7, 11. doi:10.1186/1472-6955-7-11



Henderson, A., Van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., & Osborne, Y. (2009). Maintenance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. *International journal of nursing practice*, 15(4), 227–30. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01764.x

Jacelon, C. S., Connelly, T. W., Brown, R., & Proulx, K. (2004). NURSING THEORY AND CONCEPT DEVELOPMENT OR ANALYSIS A concept analysis of dignity for older adults.

Jacobs BB (2001) Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Advances in Nursing Science* 24, 17–35.

Lin, Y.-P., Tsai, Y.-F., & Chen, H.-F. (2011). Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 794–801. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x

Walsh K & Kowanko I (2002) Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of nursing practice* 8, 143–151.

Apêndice II – Questionário aos enfermeiros sobre promoção/manutenção da dignidade na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa doente em contexto de urgência

Questionário sobre a promoção/manutenção da dignidade na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa doente em contexto de urgência

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, eu, Lúcia Bacalhau, pretendo promover a prática de cuidados de enfermagem centrados na promoção/manutenção da dignidade da pessoa doente em situação de urgência. Para tal, proponho que caso pretenda preencher o questionário, leia com cuidado as instruções de preenchimento.

Com este questionário pretendo realizar um diagnóstico da situação no Serviço de Urgência Central do Hospital Santa Maria. O diagnóstico da situação será complementado pelos registos dos dados da observação participante.

A participação é facultativa e é garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

Sr. (ª) Enfermeir(o/a) reflecta sobre a sua prestação de cuidados.

A seguir estão enumerados alguns aspectos que devem ser aplicados no quotidiano da prestação de cuidados. Assinale a frequência com que aplica cada aspecto nos cuidados à pessoa doente.

1. Chamar pelo nome da pessoa doente

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

2. Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como dependente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

3. Escutar o doente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

4. Manter a pessoa doente informada sobre a sua situação clínica, eventuais complicações que poderão acontecer;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

85

5. Manter a pessoa doente informada sobre tratamentos que terá de realizar;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

6. Antecipar as necessidades da pessoa doente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

7. Responder no tempo adequado às necessidades da pessoa doente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

8. Questionar se a pessoa doente quer receber visitas

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

9. Saber se a pessoa pretende que a sua informação clínica seja partilhada com as visitas.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

10. Falar baixo e discretamente com a pessoa doente sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

11. Promover a participação da pessoa doente na decisão do processo de cuidados;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

12. Informar sobre os procedimentos que irão ser realizados;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

13. Informar a pessoa doente sobre as rotinas do serviço;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

14. Proporcionar cuidados adaptados a cada pessoa.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

15. Encorajar a comunicação entre a pessoa doente e os profissionais de saúde

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

16. Disponibilizar tempo para ouvir a pessoa doente

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

17. Questionar sobre a pessoa doente sobre o que o desconforta.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

18. Valorizar as queixas da pessoa doente

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

19. Ser um profissional modesto e responsável.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

20. Evitar a exposição do corpo da pessoa doente durante a prestação de cuidados, expondo apenas o local necessário;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

21. Correr as cortinas sempre que possível para garantir a privacidade da pessoa doente e proporcionar o descanso do mesmo;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

22. Avisar para as visitas saírem sempre que seja necessário;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

87

Agora, indique o que impede a aplicação regular dos aspectos acima enumerados na prestação de cuidados à pessoa doente.

Falta de tempo

Estado de consciência da pessoa doente

Tempo de permanência da pessoa doente no serviço

Outros aspectos?

Agradeço a sua participação.

Apêndice III – Grelha de observação

Grelha de Observação

Aspecto	Sim	Não	Não se aplica
Chamar pelo nome da pessoa doente			
Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como dependente;			
Escutar o doente;			
Manter a pessoa doente informada sobre a sua situação clínica, eventuais complicações que poderão acontecer;			
Manter a pessoa doente informada sobre tratamentos que terá de realizar;			
Antecipar as necessidades da pessoa doente;			
Responder no tempo adequado às necessidades da pessoa doente;			
Questionar se a pessoa doente quer receber visitas			
Saber se a pessoa pretende que a sua informação clínica seja partilhada com as visitas.			
Falar baixo e discretamente com a pessoa doente sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;			
Promover a participação da pessoa doente na decisão do processo de cuidados;			90
Informar sobre os procedimentos que irão ser realizados;			
Informar a pessoa doente sobre as rotinas do serviço;			
Proporcionar cuidados adaptados a cada pessoa.			
Encorajar a comunicação entre a pessoa doente e os profissionais de saúde			
Disponibilizar tempo para ouvir a pessoa doente			
Questionar sobre a pessoa doente sobre o que o desconforta.			
Valorizar as queixas da pessoa doente			
Ser um profissional modesto e responsável.			
Evitar a exposição do corpo da pessoa doente durante a prestação de cuidados, expondo apenas o local necessário;			
Correr as cortinas sempre que possível para garantir a privacidade da pessoa doente e proporcionar o descanso do mesmo;			
Avisar para as visitas saírem sempre que seja necessário;			

Apêndice IV – Avaliação das respostas aos questionários sobre dignidade

Percentagem de respostas dadas a cada item do questionário

1. Chamar pelo nome da pessoa doente

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
31,25 %	56,25%	12,5%		

2. Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como dependente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
12,5%	62,5%	25%		

3. Escutar o doente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
12,5%	75%	12,5%		

4. Manter a pessoa doente informada sobre a sua situação clínica, eventuais complicações que poderão acontecer;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
18, 8 %	62,5%	18,8%		

5. Manter a pessoa doente informada sobre tratamentos que terá de realizar;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
37,5 %	50%	12,5%		

6. Antecipar as necessidades da pessoa doente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
18,8%	62,5%	12,5%	6, 2%	

7. Responder no tempo adequado às necessidades da pessoa doente;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
12, 5%	75 %	12, 5%		

8. Questionar se a pessoa doente quer receber visitas

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
18, 8%	12, 5%	31, 2%	25%	12, 5%

9. Saber se a pessoa pretende que a sua informação clínica seja partilhada com as visitas.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
12, 5%	18, 8%	18, 8%	31,3%	18, 8%

10. Falar baixo e discretamente com a pessoa doente sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
12, 5%	62,5%	25%		

11. Promover a participação da pessoa doente na decisão do processo de cuidados;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
12, 5%	37,5%	37,5%		

12. Informar sobre os procedimentos que irão ser realizados;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
43,8%	56,2%			

13. Informar a pessoa doente sobre as rotinas do serviço;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
6,2%	37,5%	56,3%	6,2%	

93

14. Proporcionar cuidados adaptados a cada pessoa.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
25%	68,8%	6,2%		

15. Encorajar a comunicação entre a pessoa doente e os profissionais de saúde

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
37,5%	43,8%	18,75%		

16. Disponibilizar tempo para ouvir a pessoa doente

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
6,25%	43,8%	50%		

17. Questionar sobre a pessoa doente sobre o que o desconforta.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
25%	50%	25%		

18. Valorizar as queixas da pessoa doente

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

37,5%

62,5%

19. Ser um profissional modesto e responsável.

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

68,8%

31,2%

20. Evitar a exposição do corpo da pessoa doente durante a prestação de cuidados, expondo apenas o local necessário;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

37,5 %

56,3%

6,3%

21. Correr as cortinas sempre que possível para garantir a privacidade da pessoa doente e proporcionar o descanso do mesmo;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

18,8%

81,2%

22. Avisar para as visitas saírem sempre que seja necessário;

Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	---------------	--------------------	-------

75%

25%

94

Agora, indique o que impede a aplicação regular dos aspectos acima enumerados na prestação de cuidados à pessoa doente.

Falta de tempo 56,3%

Estado de consciência da pessoa doente 43,3%

Tempo de permanência da pessoa doente no serviço 62,5%

Outros aspectos?

- O tempo não justifica a não aplicação dos aspectos mencionados

- A necessidade de uma rápida actuação em termos técnicos e farmacológicos para a estabilização e recuperação do doente.

Apêndice V- Resultados da Grelha de Observação

Resultados da análise da grelha de observação (em Percentagem)

Aspecto	Sim	Não	Não se aplica
Chamar pelo nome da pessoa doente	25%	75%	
Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como dependente;	43,25%	56,25%	
Escutar o doente;	81,25%	6,25%	
Manter a pessoa doente informada sobre a sua situação clínica, eventuais complicações que poderão acontecer;	31,25%	68,75%	
Manter a pessoa doente informada sobre tratamentos que terá de realizar;	31,25%	68,75%	
Antecipar as necessidades da pessoa doente;	37,5%	43,75%	18,75%
Responder no tempo adequado às necessidades da pessoa doente;	56,25%	37,5%	12,5%
Questionar se a pessoa doente quer receber visitas	25%	18,75%	56,25%
Saber se a pessoa pretende que a sua informação clínica seja partilhada com as visitas.	18,75%	56,25%	37,5%
Falar baixo e discretamente com a pessoa doente sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;	50%	50%	
Promover a participação da pessoa doente na decisão do processo de cuidados;	12,5%	75%	12,5% 96
Informar sobre os procedimentos que irão ser realizados;	75%	31,25%	
Informar a pessoa doente sobre as rotinas do serviço;	18,75%	81,25%	
Proporcionar cuidados adaptados a cada pessoa.	56,25%	25%	18,75%
Encorajar a comunicação entre a pessoa doente e os profissionais de saúde	50%	50%	
Disponibilizar tempo para ouvir a pessoa doente	37,5%	62,5%	
Questionar sobre a pessoa doente sobre o que o desconforta.	68,75%	31,25%	
Valorizar as queixas da pessoa doente	62,75%	31,25%	6%
Ser um profissional modesto e responsável.	100		
Evitar a exposição do corpo da pessoa doente durante a prestação de cuidados, expondo apenas o local necessário;	25%	75%	
Correr as cortinas sempre que possível para garantir a privacidade da pessoa doente e proporcionar o descanso do mesmo;	62,5%	43,75%	
Avisar para as visitas saírem sempre que seja necessário;	18,75%	0	81,25%

Apêndice VI – Aviso da sessão de formação

Sessão de Formação: Como promover a dignidade?



Dia 31 de Maio, 3, 4 e 7 de Junho
Às 15, 30 horas na Sala de Formação
do SUC

Formadora: Lúcia Escalhou aluna do Curso de Mestrado em
Enfermagem área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Instituto de Ciências da Saúde Lisboa, Universidade Católica Portuguesa

Apêndice VII – Ficha de Avaliação da sessão de formação

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da sessão de formação

Sessão de Formação: Como promover a dignidade do doente?

Duração: _____

Data: _____

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 Insuficiente
- 2 Médio
- 3 Bom
- 4 Excelente

2. Conhecimentos iniciais

Ao apresentar-se nesta sessão os seus conhecimentos sobre a temática abordada eram:	1	2	3	4
---	---	---	---	---

100

3. Expectativas

Esta sessão correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Formador

Refira a sua opinião sobre o desempenho do Formador:

O formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?	1	2	3	4
O formador conseguiu criar um clima propício à participação?	1	2	3	4
O formador dominava o assunto que expôs?	1	2	3	4

Os métodos utilizados foram os mais adequados?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Funcionamento da sessão:

Refira a sua opinião sobre os seguintes itens:

O conteúdo da formação foi adequado à função que desempenha?	1	2	3	4
A sessão de formação estava bem estruturada?	1	2	3	4
Os meios audio-visuais utilizados foram adequados?	1	2	3	4
Como classifica os resultados alcançados nesta sessão de formação?	1	2	3	4

101

6 Na sua opinião, quais os principais “pontos fortes” e “pontos fracos” desta sessão de formação?

PONTOS FORTES

PONTOS FRACOS

7. Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

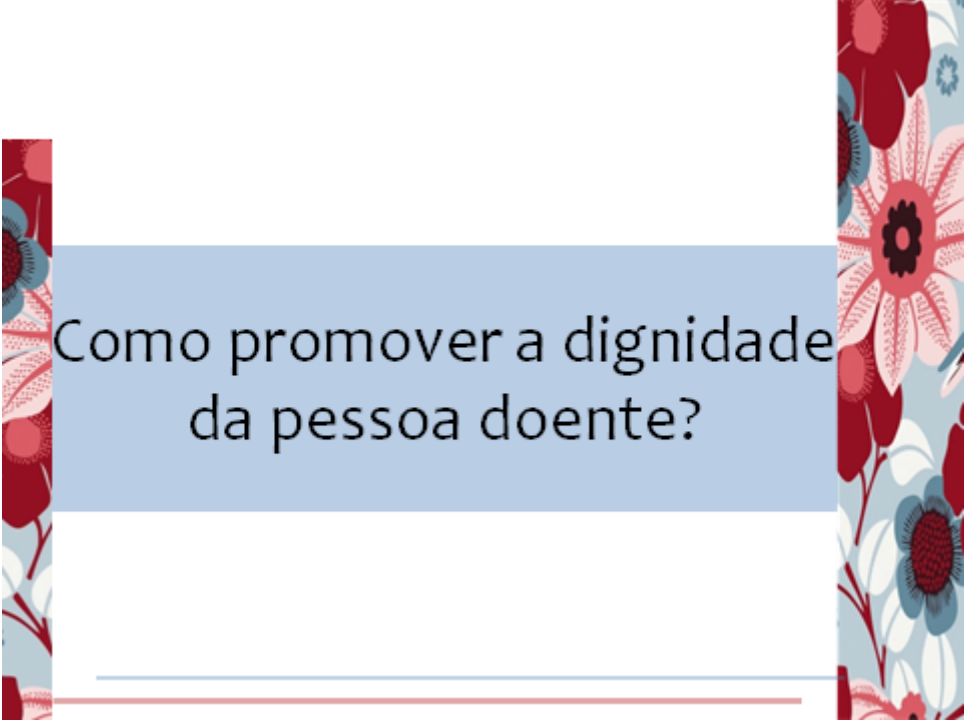
8. Comentários

NOME (facultativo): _____

Data de preenchimento: _____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndice VIII – Apresentação em Power Point (suporte informático)



Como promover a dignidade da pessoa doente?

Dignidade

É um conceito complexo mas um valor e uma filosofia essencial à prática de enfermagem.

Artigo 1.º(República Portuguesa)

Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

(in Constituição da República Portuguesa)

As intervenções de enfermagem...

(...)são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

(in Artigo 78 do Código Deontológico do Enfermeiro)

São competências comuns do enfermeiro especialista...

Gerir “na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”.

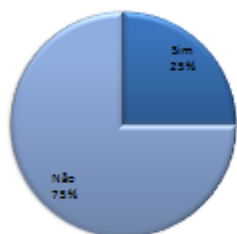
(Regulamento de competências do enfermeiro especialista, 2010)

Resultados do estudo

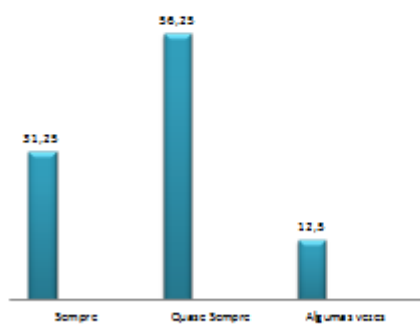
32 Questionários aplicados aos enfermeiros
32 Observações no contexto da prática de cuidados

Chamar pelo nome a pessoa doente

Chamar pelo nome da pessoa doente

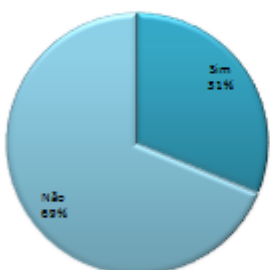


Fonte: Análise da grelha de observação

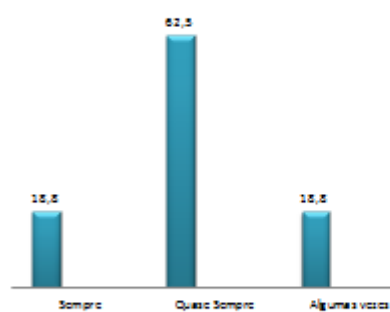


Fonte: Análise das repostas aos questionários

Manter a pessoa doente informada sobre a sua situação clínica, eventuais complicações que poderão acontecer;

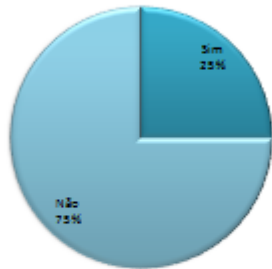


Fonte: Análise da grelha de observação

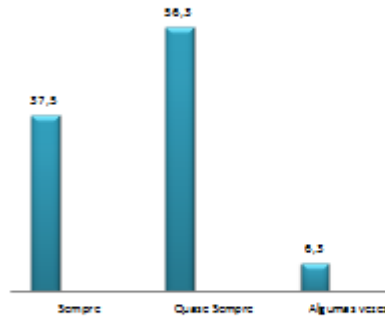


Fonte: Análise das repostas aos questionários

Evitar a exposição do corpo da pessoa doente durante a prestação de cuidados, expondo apenas o local necessário

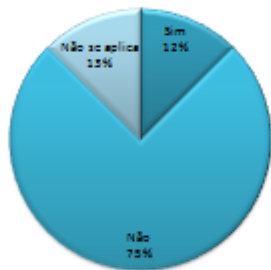


Fonte: Análise de grelha de observação

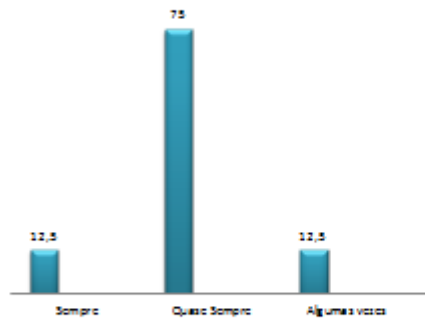


Fonte: Análise das repostas aos questionários

Promover a participação da pessoa doente na decisão do processo de cuidados;

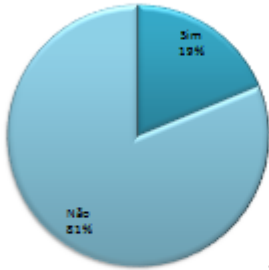


Fonte: Análise de grelha de observação

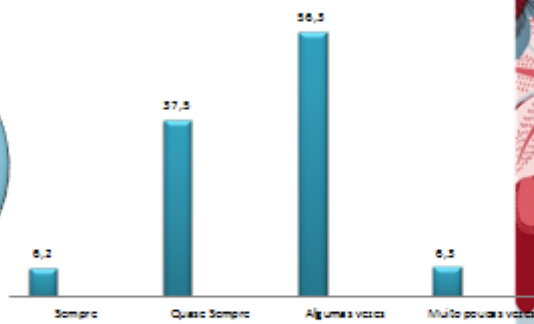


Fonte: Análise das repostas aos questionários

Informar a pessoa doente sobre as rotinas do serviço;



Fonte: Análise da grelha de observação



Fonte: Análise das repostas aos questionários

Como proteger a dignidade do doente?

- Privacidade
 - Ambiente físico;
 - Comportamento dos profissionais;
 - Gestão das pessoas no espaço;
 - Privacidade do corpo;



Como proteger a dignidade do doente?

- Comunicação:
 - Promover o conforto;
 - Promover o controlo;



Para que o doente se sinta valorizado.

Como proteger a dignidade do doente?

- Prestação de cuidados;
- Promover a independência;
- Conforto físico.



Como proteger a dignidade do doente?

- Questionar a vontade da pessoa em receber visitas;
- Saber se pretende que a sua informação clínica seja partilhada;
- Falar baixo e discretamente com ele sobre o seu estado ou necessidades para os outros utentes não ouvirem;
- Informar sobre os procedimentos;
- Questionar sobre o que o desconforta? Como está?
- Valorizar as queixas do doente;
- Avisar para as visitas saírem;
- Chamar pelo nome;
- Fazer com que se sinta como pessoa completa, não como totalmente dependente;
- Manter o doente informado sobre a sua situação clínica, eventuais complicações e tratamentos que terá de realizar;
- Antecipar as necessidades dos doentes;

Apêndice IX – Avaliação da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da sessão de formação

Sessão de Formação: Como promover a dignidade do doente?

Duração: 40 minutos

Data:31/maio 3, 7/Junho

A escala utilizada foi a seguinte:

2 Insuficiente

2 Médio

3 Bom

4 Excelente

2. Conhecimentos iniciais

Ao apresentar-se nesta sessão os seus conhecimentos sobre a temática abordada eram:	1	2	3	4
		29,2%	58,3%	12,5%

3. Expectativas

113

Esta sessão correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?	1	2	3	4
	0	4,2%	50%	45,8%

4. Formador

Refira a sua opinião sobre o desempenho do Formador:

O formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?	1	2	3	4
	0	12,5%	41,7%	45,8%
O formador conseguiu criar um clima propício à participação?	1	2	3	4
		8,3%	41,7%	50%
O formador dominava o assunto que expôs?	1	2	3	4
		4,22	45,8%	50%
Os métodos utilizados foram	1	2	3	4
		4,2%	33,3%	58,3%

os mais adequados?				
--------------------	--	--	--	--

5. Funcionamento da sessão:

O conteúdo da formação foi adequado à função que desempenha?	1	2	3 37,5%	4 62,5%
A sessão de formação estava bem estruturada?	1	2 4,2%	3 41,7%	4 54,2%
Os meios audio-visuais utilizados foram adequados?	1	2 4,2%	3 37,5%	4 58,3%
Como classifica os resultados alcançados nesta sessão de formação?	1	2 4,2%	3 58,3%	4 33,3%

114

6

- **PONTOS FORTES**

Clareza do conteúdo

Domínio da temática pelo formador

Pertinência da temática

Promoção da discussão e debate

Reflexão sobre a actuação

Vídeo

Alertou para comportamentos que adoptamos de forma inconsciente

Foi feita uma adaptação do tema ao contexto do serviço de urgência

A apresentação dos resultados

O marcador nas agendas é uma ideia bem conseguida

- **PONTOS FRACOS**

Apresentar o instrumento de recolha de dados

Apresentar mais exemplos práticos

7. Sugestões de melhoria

Promover a discussão num grupo maior e multidisciplinar

Simular o internamento com um profissional de saúde para este ter uma melhor percepção da perspectiva do doente

Aplicar o questionário a um maior número de enfermeiros

8. Comentários

A sessão foi pertinente e necessária para a tomada de consciência e para arranjar estratégias para melhorar os cuidados prestados.

Apêndice X – Folheto informativo sobre o funcionamento do serviço de observação do SUC

SO

Serviço Urgência Central

Telefone: 217805342

Pode contactar a qualquer hora

Informações

Neste serviço o doente permanece o tempo necessário para estabilizar a sua situação e ser encaminhado para a especialidade médica adequada à situação clínica.

Horário das visitas

11 horas e às 18 horas

Poderá estar apenas 1 pessoa.

As visitas poderão estar junto do doente cerca de 10-15 minutos. O início da visita poderá ser atrasado consoante a necessidade deste serviço.

O doente neste serviço ficará sem os seus pertences (roupa, telemóvel, aliança, óculos...). Isto deve-se à sua situação clínica e à falta de espaço seguro para os guardar. Para o doente manter algum dos seus pertences deverá declarar que se responsabilize pelo mesmo. Quando o doente é transferido para outro serviço/hospital o espólio acompanha-o.

O espólio do doente ficará inventariado e guardado neste serviço enquanto o doente aqui permanecer, caso não exista uma pessoa significativa que o possa levantar.

Se existir uma pessoa significativa que se responsabilize pelos pertences do doente, estes só lhe serão entregues após autorização do mesmo.

Se pretender informações sobre a situação do doente questione o enfermeiro responsável e/ou o médico assistente.

Confirme os contactos do doente com a secretária do SO.

Apêndice XI – Folheto marcador para a agenda

“As intervenções
de enfermagem
são realizadas
com a
preocupação da
defesa da
liberdade e da
dignidade da
pessoa humana e
do enfermeiro.”

(in Artigo 78 do Código
Deontológico do
Enfermeiro)

Como?

- Questionar a vontade da pessoa em receber visitas;
- Saber se pretende que a sua informação clínica seja partilhada;
- Falar baixo e discretamente com o doente sobre o seu estado ou necessidades para os outros doentes não ouvirem;
- Informar sobre os procedimentos;
- Promover a igualdade entre os doentes
- Encorajar;
- Ouvir;
- Questionar sobre o que o desconforta? Como está?
- Valorizar as queixas do doente;
- Evitar a exposição do corpo, expondo apenas o local necessário;
- Correr as cortinas;
- Avisar para as visitas saírem;

Apêndice XII - Análise das interacções

Situação 1

Enquadramento da situação – A D.^a G. de 75 anos tem como diagnóstico carcinoma da esquerda e angiossarcoma na zona irradiada. Vive numa habitação com poucas condições de higiene, acompanhada do marido e pontualmente do filho. Tanto o marido como o filho têm hábitos alcoólicos marcados. Tem apoio na alimentação e de uma cuidadora formal para a higiene corporal e da casa,

Descrição da interacção - No domicílio da doente em situação de prestação de cuidados a ferida maligna na mama esquerda (carcinoma da mama e angiossarcoma na zona irradiada) a D.^a G. referiu:

- Aqui estou eu sozinha o dia todo, o meu marido quando chega já vem bêbado, o meu filho também anda na mesma vida. É uma tristeza.

Perante esta situação, procurei demonstrar aquilo que para mim a doente tem de bom no seu dia-a-dia como é a visita de uma cuidadora formal que a auxilia nos cuidados de higiene diariamente. Nesse momento, o seu gato de estimação acordou e passou perto da doente, procurei introduzir na conversação o tema de que a presença do gato também lhe faria companhia.

122

Resultado da interacção – A D.^a G. remeteu-se ao silêncio e permaneceu mais introspectiva tendo, mais tarde, mudado de assunto.

Análise crítica da interacção – Esta interacção não teve um resultado positivo para a D.^a G. e não foi a mais adequada no sentido da dignidade da D.^a G. pois não houve uma valorização daquilo que a doente expos.

Neste sentido, a interacção poderia ter um resultado mais positivo se explorasse a forma como a D. G. se relaciona com os seus familiares e a forma como este tipo de relação influencia o seu estar. Questionar o porquê de, naquele momento, a D.^a G. sentir tristeza por não ter um acompanhamento familiar como gostaria, faria sentido uma vez que, esta situação familiar não é recente. De acordo com a resposta da doente poderia ser uma oportunidade para verificar a sua opinião sobre a

possibilidade de ir para uma unidade de cuidados paliativos (esta doente está referenciada, aguarda a vaga mas mostra-se renitente na saída de casa).

Actuando desta forma procuraria na doente as respostas para a situação o que lhe proporcionaria maior sensação de respeito, manutenção da sua dignidade e por conseguinte conforto psico-espiritual.

Situação 2

Ainda com a referida doente noutro momento de contacto. A D^a G. à chegada da equipa estava aparentemente mais triste e referiu que não tinha apetite para se alimentar. A D^a G. referiu novamente que se sente sozinha e que era melhor estar num lar do que estar no seu domicílio. Referiu que “isto é um sofrimento” (sic).

Perante esta situação foi questionada a D^a G. sobre porque é que se sente sozinha e se achava que estava melhor no lar. Perante isto, a D^a G. direccionou o olhar e permaneceu em silêncio.

123

Quando questionada sobre o que lhe causava sofrimento referiu que era a dor. Foi então esclarecida e lembrada sobre a forma como deve administrar a terapêutica analgésica. Foi validada a data de troca do penso transdérmico e a utilização da terapêutica prescrita para utilização em agudização da dor. Foi questionada sobre o número de vezes que recorre à terapêutica a recorrer em situação de agravamento da dor. A D^a G. referiu que ia tomar sempre que sentisse uma intensidade de dor superior.

Foi também abordada a questão da alimentação. Foi questionada sobre o porquê de não se alimentar. A D^a G. referiu que não lhe apetecia comer a comida que lhe forneciam. Questionada sobre se ingeriria os suplementos alimentares fornecidos pelo IPOFGL a D^a G. referiu que os aceitaria.

Foi ainda dada relevância à capacidade que a D^a G. tem para lidar com a sua situação uma vez que tem procurado reverter as limitações da mobilidade que a doença lhe tem provocado.

Resultado da interação – A D^a G. dirigiu o olhar para os profissionais, mostrou-se mais disponível e interessada naquilo que lhe era dito. Sorriu e mostrou-se interessada em ver televisão e em tomar o pequeno-almoço.

Análise crítica da interação – Tendo em conta o resultado, esta interação mostrou-se mais adequada a esta doente. Respeitou-se a sua preocupação e o silêncio a que se remeteu quando abordado um assunto que a D^a G. não encontrou solução. Respeitar este tipo de silêncio e compreender que a interação não pode ir pelo caminho da saída de casa não foi fácil, uma vez que, a doente optou por não responder às perguntas colocadas e dirigiu a sua atenção para outro assunto. Este assunto será necessário discutir mas percebi que não naquele momento, existirão outros momentos mais oportunos.

Tendo em conta o sofrimento que a dor lhe estava a causar procurou-se demonstrar as soluções para esse problema que a D^a G. aceitou.

Para além disso, a atitude de preocupação para com a D^a G. e de atribuir relevância ao seu estado e às suas manifestações não verbais e verbais fez com que a doente se sentisse valorizada e alvo de atenção, isto seria o mais necessário no momento presente desta interação.

124

Situação 3

Enquadramento da situação - A D. L. é uma doente de 48 anos com 2^a recidiva de carcinoma do maxilar. Apresenta neste momento uma ferida maligna que envolve a hemiface direita, na hemiface esquerda tem cicatrizes das cirurgias a que foi submetida que alteraram a sua imagem corporal. Para além disso, foi recentemente transferida do IPOFGL para o Hospital de Jesus uma vez que, não tinha condições físicas para se manter autónoma no domicílio (onde vivem os pais idosos) e não tinha nenhum cuidador disponível.

Descrição da interação - Num dos dias após a transferência para o Hospital de Jesus a D. L. pareceu mais triste do que o habitual, mantinha-se de olhos fechados, cabisbaixa e com recusa em cuidar da sua higiene corporal e em trocar a camisa de dormir.

Referia estar com maior agudização da dor na hemiface à direita e sentiu uma lesão num local onde não existia. No quarto observava-se que a doente não teria nenhuma interacção com o meio (estavam as revistas, roupa... no mesmo sítio que em dias anteriores).

Perante isto, no contexto de realizar os cuidados à ferida maligna, a interacção centrou-se na promoção da troca da camisa de dormir após a finalização do penso mas, a D^a L. recusou.

Resultado da interacção - A D^a L. mostrou-se desinteressada perante a estimulação para conversar, respondendo às perguntas com respostas curtas e de olhos fechados.

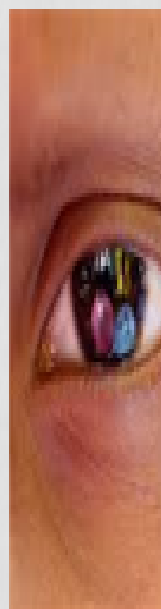
Análise crítica da interacção – De forma inconsciente não foi respeitada a vontade da D^a. L. de permanecer como estava. Reflectindo sobre a situação da D^a L. e perante as interacções anteriores conseguimos compreender a D^a L. vive um sentimento de revolta por aquilo que lhe está a acontecer, sente que é muito nova para viver esta situação, refere que é injusto o que está a passar. A D^a L. quer apenas estar quieta e permanecer no seu silêncio, referiu mais tarde que precisa de estar assim para noutro momento voltar a si - esta introspecção é importante para a D^a. L.. Na interacção quase que foi implícita uma obrigação de a D^a L. fazer algo para qual não estava disponível. Nas interacções nos dias seguintes, após esta reflexão e mudança de atitude (o respeito pela sua vontade) a D^a L. mostrou-se gradualmente mais disponível para a equipa o que se verificou no seu discurso “que Deus vos acompanhe” “até amanhã”. Reconhecer esta necessidade de silêncio não é fácil para mim como profissional, a revolta e o silêncio são 2 aspectos difíceis de gerir na comunicação. Aprendi a respeitar o silêncio e o tempo da D^a. L. e a reconhecer os pormenores como sinais da sua “melhoria” no estado de ânimo. Estes pormenores podem ser o dirigir o olhar, alterar a disposição de alguma coisa no quarto, mostrar interesse sobre a sua roupa, interagir por iniciativa própria com os profissionais.

Apêndice XIII – Aviso da sessão de formação

Sessão de Formação
Dia 15 de Novembro de 2013
8horas

O SENTIDO DA DIGNIDADE NA PROMOÇÃO DE CONFORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



DOCENTE: PROF. PATRÍCIA PONTIFICE SOUSA
ENFª ORIENTADORA: ENFª ESPEC. SANDRA NEVES
DISCENTE: LÚCIA BACALHAU

Apêndice XIV Ficha de avaliação da sessão de formação

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da sessão de formação

Sessão de Formação: Sentido da dignidade na promoção de conforto

Duração: 30 minutos

Data:15/11/2013

A escala utilizada foi a seguinte:

3 Insuficiente

2 Médio

3 Bom

4 Excelente

2. Conhecimentos iniciais

Ao apresentar-se nesta sessão os seus conhecimentos sobre a temática abordada eram:	1	2	3	4
---	---	---	---	---

129

3. Expectativas

Esta sessão correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Formador

Refira a sua opinião sobre o desempenho do Formador:

O formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?	1	2	3	4
O formador conseguiu criar um clima propício à participação?	1	2	3	4
O formador dominava o assunto que expôs?	1	2	3	4

Os métodos utilizados foram os mais adequados?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Funcionamento da sessão:

O conteúdo da formação foi adequado à função que desempenha?	1	2	3	4
A sessão de formação estava bem estruturada?	1	2	3	4
Os meios audio-visuais utilizados foram adequados?	1	2	3	4
Como classifica os resultados alcançados nesta sessão de formação?	1	2	3	4

6

- PONTOS FORTES**

- PONTOS FRACOS**

Apêndice XV – Apresentação realizada na sessão de formação- O Sentido da Dignidade na Promoção do Conforto

O SENTIDO DA DIGNIDADE NA PROMOÇÃO DE CONFORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



DOCENTE: PROF. PATRÍCIA PONTIFICE SOUSA
ENF. ORIENTADORA: ENF. ESPEC. SANDRA NEVES
DISCENTE: LÚCIA BACALHAU

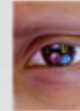
ÍNDICE

- Introdução
- Fundamentação teórica
- Caso em estudo
- Estudo de caso
- Discussão
- Conclusão



INTRODUÇÃO

- A prestação de cuidados tendo o foco de atenção a dignidade da pessoa cuidada é um desafio à prática de enfermagem.
- A valorização da dignidade do doente promove o seu sentido de pessoa atribuindo sentido ao seu conforto.



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Os cuidados paliativos centram-se nos aspectos físico, psicológicos e espirituais do doente de forma a procurar uma reconciliação do doente com a sua situação presente, através da obtenção do seu **potencial máximo, nestes domínios do ser**. Têm como principal ou exclusiva **finalidade a promoção do conforto no doente e na sua família** tendo em conta a sua **individualidade e singularidade** (Pessini, 2006, Twycross, 2003, Neto et al., 2004).



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- A dignidade refere-se ao ser humano como um sujeito de direito e não como um objecto, estabelece-se como um pilar dos cuidados do qual decorrem os outros princípios para a tomada de decisão e implementação de intervenções (Nunes et al., 2005).

- *Isto é o que eu sou.*

- *Assim é como eu quero que me vejas.*

- *Assim é como eu quero ser lembrado.* (Chochinov, 2012)



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Kolcaba (1994), na Teoria do Conforto refere que o enfermeiro deve prestar atenção aos detalhes que influenciam o conforto da pessoa, pois o primeiro e último objectivo da intervenção de enfermagem é fazer com que a pessoas se sintam confortáveis.



CASO EM ESTUDO

- Doente de 87 anos
- Bailarina
- Vive com o marido
- Tem 3 filhos
- Tem como diagnóstico tumor primário de origem desconhecida com metástases ósseas na região cervical, coluna dorsal e na região ilíaca esquerda.

“Bebia tudo quanto havia e podia, mesmo se a minha vida era escola-casa-cama. Depois das aulas, que começavam às oito da manhã, ainda tinha aulas particulares.”

Fonte : Notas biográficas da D.^a M.

“É preciso ser-se atento a muitas coisas ligadas à pessoa, à espiritualidade, é preciso trabalhar todos os dias, e as coisas não são feitas ao som do relógio”

D.^a M.

ESTUDO DE CASO

- Aspectos que interferiam com o conforto da pessoa
 - Sofrimento espiritual
 - Necessidade da manutenção de apego aos familiares
 - Alteração de papéis
 - Dor (não era a prioridade para a doente e sua família)

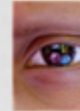


ESTUDO DE CASO

• Intervenções realizadas

- Compreensão da história de vida da pessoa (análise da sua biografia);
- Presença intencional e disponível;
- Manutenção da continuidade do eu da D.ª M.;
- Preservação do seu papel;
- Valorização da procura de conforto espiritual através do respeito pela religiosidade e pela abordagem dos familiares sobre o fim de vida da D.ª M.;
- Alívio de sintomas físicos;

Utilizando a relação de ajuda e da compreensão empática!



DISCUSSÃO

- Uma acção na pessoa não é independente da mesma, cada acção envolve a reflexão construtiva e interactiva da pessoa e do seu meio (Oliveira, 2011).
- Compreende-se que o processo de conforto envolve não só a concepção e vontade da pessoa como também influenciado pelo seu contexto profissional, cultural, social e espiritual onde se insere (Cardos, 2000; Lopes, 2001; Oliveira, 2011).



DISCUSSÃO

- Desenvolver o processo de cuidados envolve olhar para a singularidade do outro.
- A concretização e a adequação dos cuidados centram-se numa atenção pela singularidade de cada pessoa, com vista na obtenção de conforto (Kolcaba, 2003, Nightingale, 1859).



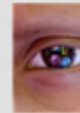
DISCUSSÃO

- Através do estabelecimento de uma relação de ajuda iniciada pela ligação de proximidade da equipa de enfermagem potenciou a integração, satisfação e colaboração dos intervenientes nos cuidados de conforto (Carapinheiro, 1998, Lopes, 2001).



CONCLUSÃO

- Reflectir sobre a forma como nos relacionamos com os doentes, como se comunica com os mesmos, a forma como os interpretamos é determinante para os resultados das intervenções.
- Quando a pessoa alvo dos cuidados sente que os mesmos são adequados a si colabora no processo e por conseguinte sente-se realizada no seu papel de pessoa ultrapassando o papel de doente.



CONCLUSÃO

- Os enfermeiros devem desenvolver o seu sistema de valores humanístico-altruísta, procurando reflectir as experiências de vida da pessoa.



Apêndice XVI – Avaliação da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (percentagem de respostas dadas)

1. Identificação da sessão de formação

Sessão de Formação: Sentido da dignidade na promoção de conforto

Duração: 30 minutos

Data:15/11/2013

A escala utilizada foi a seguinte:

- 4 Insuficiente
- 2 Médio
- 3 Bom
- 4 Excelente

2. Conhecimentos iniciais

Ao apresentar-se nesta sessão os seus conhecimentos sobre a temática abordada eram:	1	2	3	4
		13%	83%	

3. Expectativas

140

Esta sessão correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?	1	2	3	4
			83%	17%

4. Formador

Refira a sua opinião sobre o desempenho do Formador:

O formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?	1	2	3	4
			50%	50%
O formador conseguiu criar um clima propício à participação?	1	2	3	4
			34%	66%
O formador dominava o assunto que expôs?	1	2	3	4
			34%	66%

Os métodos utilizados foram os mais adequados?	1	2	3 34%	4 66%
--	---	---	-----------------	-----------------

5. Funcionamento da sessão:

O conteúdo da formação foi adequado à função que desempenha?	1	2	3 34%	4 66%
A sessão de formação estava bem estruturada?	1	2	3 17%	4 83%
Os meios audio-visuais utilizados foram adequados?	1	2	3 50%	4 50%
Como classifica os resultados alcançados nesta sessão de formação?	1	2	3 34%	4 66%

141

6

- **PONTOS FORTES**

Clareza na transmissão da informação;

Integração do caso de estudo na temática da dignidade;

Bom domínio do tema abordado;

A apresentação do estudo de caso.

- **PONTOS FRACOS**

Não foi referido nenhum

Apêndice XVII – O sentido da dignidade na promoção do conforto em cuidados paliativos- Uma História de Vida

O sentido da dignidade na promoção do conforto em cuidados paliativos- Uma História de Vida

Prof. Patrícia Pontífice Sousa

Docente no ICS da UCP Lisboa

Lúcia Maria Veiga Bacalhau

Aluna do Mestrado em Enfermagem vertente profissional – Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Enfermeira no IPOLG, EPE

luciabacalhau@gmail.com

Resumo

No contexto de cuidados paliativos, um dos maiores desafios enfrentado pelos cuidadores é a promoção e manutenção do sentido da dignidade. Para alguns doentes, o conceito de dignidade está associado ao facto da sua essência se manterá para além da sua morte. Procurar e encontrar um sentido para a vida durante uma crise existencial como é a doença terminal passa por acreditar que está a cumprir o seu papel com um objectivo mantendo a responsabilidade de viver plenamente conforme o seu potencial pessoal.

Foi analisada uma situação de prática de cuidados em fim de vida de forma a reflectir sobre o sentido da dignidade na promoção do conforto em cuidados paliativos. Foram discutidas as abordagens terapêuticas que corresponderiam às expectativas da doente e sua família.

Este caso demonstra a necessidade de conhecer a história de vida da pessoa de quem se cuida para se conseguir compreender as suas atitudes, decisões e necessidades. Desta forma, os enfermeiros deverão fortalecer a sensibilidade para consigo e para com os outros, a fim de poderem assumir uma atitude de preocupação com o bem-estar e conforto da pessoa, através do auto-consciencialização e da autenticidade.

143

Abstract

In palliative care , one of the biggest challenges faced by caregivers is the promotion and maintenance of sense of dignity . For some patients, the concept of dignity is associated with the fact that its essence will remain beyond his death . Search and find a meaning to life during an existential crisis as terminal illness undergoes believe is fulfilling its role with a view to keeping responsibility to live fully according to their personal potential .

A situation of care practice in end of life to reflect on the meaning of dignity in promoting comfort in palliative care was analyzed. Therapeutic approaches that correspond to the expectations of the patient and his family were discussed .

This case demonstrates the need to know the life story of the person who cares for achieving understanding their attitudes , decisions and needs . Therefore, nurses should strengthen sensitivity to himself and to others , so that they can take an attitude of concern for the welfare and comfort of the person , through self - awareness and authenticity .

Introdução

A prestação de cuidados tendo o foco de atenção a dignidade da pessoa cuidada é um desafio à prática de enfermagem. O conceito de dignidade é complexo e dotado de subjectividade. No entanto, é reflectindo sobre o sentido das intervenções de enfermagem em cuidados paliativos que se torna imperativo atribuir significado à dignidade da pessoa doente.

Neste âmbito a valorização da dignidade do doente promove o seu sentido de pessoa atribuindo sentido ao seu conforto.

Fundamentação teórica

144

Os cuidados paliativos centram-se nos aspectos físico, psicológicos e espirituais do doente de forma a procurar uma reconciliação do doente com a sua situação presente, através da obtenção do seu potencial máximo, nestes domínios do ser. Têm como principal ou exclusiva finalidade a promoção do conforto no doente e na sua família tendo em conta a sua individualidade e singularidade (Neto, 2004).

Quando o prestador de cuidados procura a individualidade da pessoa, promove a sua dignidade uma vez que, está a atribuir significado à vida desta pessoa. Tal confere a aplicabilidade do nº1 do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. No entanto, a praticabilidade de intervenções promotoras da dignidade é envolta dum contexto subjectivo característico à definição do conceito de dignidade. A dignidade refere-se ao ser humano como um sujeito de direito e não como um objecto, estabelece-se como

um pilar dos cuidados do qual decorrem os outros princípios para a tomada de decisão e implementação de intervenções (Nunes, 2005).

Para Savater (1995), a dignidade envolve entre outras dimensões o reconhecimento que uma pessoa não pode ser interpretada segundo o outro com quem estabelece relação, deve sim, reconhecer-se a autonomia de cada um para delinear as suas escolhas e opções de vida.

A definição prática da dignidade prende-se com o sentido de autonomia como a capacidade da pessoa se orientar por leis própria, agindo por si mesmo a partir de princípios de conduta escolhidos pela mesma. No entanto, o reconhecimento da autonomia do doente não é só por si a aplicabilidade do conceito de dignidade. Tratar com respeito e autonomia não é suficiente, tratar com dignidade (respeitando os valores e crenças de cada indivíduos) proporciona melhores resultados das intervenções realizadas.

No contexto de cuidados paliativos, um dos maiores desafios enfrentado pelos cuidadores é a promoção e manutenção do sentido da dignidade. Chochinov & Chochinov (2002), demonstrou que existe uma associação entre um baixo sentido de dignidade e a depressão, ansiedade, desejo de morrer, desesperança, sensação de fardo para os outros, e uma pobre qualidade de vida. Morrer com dignidade é percebido com um cariz subjectivo, a procura da dignidade envolve vários aspectos do cuidado em fim de vida e as intervenções terapêuticas são frequentemente envoltas de incerteza. Alguns estudos referem que os problemas psicossociais e o sofrimento existencial podem ter maior impacto nos doentes do que a dor e os sintomas físicos.

O sofrimento destes doentes advém de alguns aspectos como são, perda de autonomia e dependência de terceiros, sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, perda do sentido da vida, perda de dignidade, perda de papéis e estatuto, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação das expectativas e planos futuros e abandono (McClement et al., 2007).

Segundo Brown, Johnston, & Ostlund, (2011), os doentes consideram o sentir de paz espiritual, o alívio do seu sofrimento e o estreitamento das relações com os familiares as facetas mais importantes do cuidado em fim de vida.

De forma clara se compreende que as intervenções em cuidados paliativos se estendem para além do controlo da dor e da gestão dos sintomas até à resposta ao amplo e complexo mundo das necessidades expressas (McClement et al., 2007, Chochinov & Chochinov, 2002, Hack et al., 2010, Brown et al., 2011).

Neste âmbito os pormenores são importantes, compreender o que é necessário conhecer sobre a pessoa alvo de cuidados para poder desenvolver o melhor cuidado possível é fundamental na promoção da dignidade. Conseguir associar a compaixão com a ciência e delimitar o conhecimento do profissional daquilo que o doente necessita está inerente à promoção da dignidade da pessoa doente. Por vezes, o profissional incrementa a sua percepção pessoal no sentir da outra pessoa o que interfere na compreensão do outro e na percepção das necessidades do alvo de cuidados (Chochinov & Chochinov, 2002).

146

Existem algumas intervenções não farmacológicas desenhadas especificamente para diminuir o sofrimento existencial que tantas vezes acompanha os doentes em fim de vida. Estas centram-se na capacitação da pessoa a tornar-se menos consciente do sofrimento que a proximidade da morte lhe causa, oferecendo o equivalente a analgesia emocional sem necessariamente abordar a origem ou causa de dor psíquica subjacente. Isto permitirá à pessoa doente adquirir uma maior capacidade de resiliência ou para melhorar independentemente da detioração física (Chochinov, 2012).

Chochinov, (2012) defende a importância de usar o momento de cuidar para conhecer, reforçar e sempre que possível reafirmar a personalidade do doente. Emerge assim uma dimensão da dignidade que se constrói na dinâmica relacional.

Para alguns doentes, o conceito de dignidade prende-se com a ideia de que a sua essência se manterá para além da sua morte, ao serem recordados pelos seus familiares permanecerão vivos. Procurar e encontrar um sentido para a vida durante

uma crise existencial como é a doença terminal passa por acreditar que está a cumprir o seu papel com um objectivo mantendo a responsabilidade de viver plenamente conforme o seu potencial pessoal (Neto et al. 2004) . Desta forma, a pessoa doente poderá atingir o alívio, a tranquilidade e até mesmo a transcendência. Kolcaba (2010), na Teoria do Conforto refere que o enfermeiro deve prestar atenção aos detalhes que influenciam o conforto da pessoa, a hora de procura-la, sem ignorar nenhum detalhe, pois o primeiro e último objectivo da intervenção de enfermagem é fazer com que as pessoas se sintam confortáveis. Define ainda como necessidades de cuidados de saúde como necessidades para conseguir o conforto, a partir de situações stressantes de cuidados para a saúde que os sistemas tradicionais de apoio que os receptores não conseguem satisfazer. Incluem necessidades físicas (sensações corporais), psicoespirituais (consciência interna do eu como a auto-estima, autoconceito, sexualidade e significado da vida, relação com uma entidade superior), sociais (relações interpessoais) e ambientais (o que envolve a pessoa e a interpretação sensorial deste ambiente), que se observam através do acompanhamento das informações verbais e não verbais, assim como necessidades relacionadas com os parâmetros fisiopatológicos, educação, apoio, assessoria e intervenção financeira.

147

O conforto consiste na experiência imediata e holística de fortalecer-se graças à satisfação das necessidades dos 3 tipos de conforto que são o alívio, a tranquilidade e a transcendência. O alívio é um estado de um receptor que viu cumprida uma necessidade específica, refere-se à satisfação de necessidades. A tranquilidade refere-se à pessoa inteira, o conforto entre a mente e o corpo, estado de satisfação positivo. A transcendência é um estado em que o indivíduo está acima dos seus problemas, refere-se às medidas de conforto que fortalecem e engrandecem a pessoa (Kolcaba, 2003).

Esta teoria permite classificar as respostas do doente às intervenções promotoras da sua dignidade e por abrangência promotoras do seu conforto.

Metodologia de estudo

Será então analisada uma situação de prática de cuidados em fim de vida de forma a reflectir sobre o sentido da dignidade na promoção do conforto em cuidados paliativos.

A D.^a M. tem 87 anos e tem como diagnóstico clínico tumor primário de origem desconhecida com metástases ósseas na região cervical, coluna dorsal e na região ilíaca esquerda.

Para compreender o contexto pessoal desta doente é necessário conhecer a sua história de vida. A D.^a M. foi educada num ambiente de disciplina e rigor tendo-se apaixonado pela dança à qual dedicou a sua vida. A D.^a M. tornou-se uma bailarina exímia na sua arte, procurou a perfeição no seu quotidiano em treinos exaustivos. Procurou, com a sua vida, promover a arte em que acreditava dando a conhece-la, procurando afirmá-la, nunca desistindo perante as adversidades.

Neste momento da sua vida a D.^a M. vive na sua casa, acompanhada do seu marido, companheiro da sua vida com o qual partilhou a luta por aquilo que acreditava. Deste casal surgiram 3 filhos nos quais incrementou a procura de um futuro melhor através do trabalho pessoal. Neste momento, os filhos partilham com a sua mãe todos os momentos possíveis do seu quotidiano.

A situação de doença detectou-se a partir do momento em que a D.^a teve uma perda de peso considerável. Perante o estado avançado da doença e da fragilidade física não teve indicação terapêutica da mesma. Foi decidido, conforme vontade da doente e da sua família, manter-se no domicílio com apoio domiciliário da equipa de cuidados paliativos.

Perante a avaliação inicial da equipa de cuidados paliativos, após observação da doente, concluiu-se que o sintoma prioritário a controlar seria a dor. Foi então prescrita terapêutica oral para controlar a dor.

No entanto, primeiramente a família demonstrou-se resistente à implementação de analgesia com morfina.

Análise e discussão

Perante este caso a equipa pensou que esta família estaria a sofrer com alguns dos mitos associados à morfina. Após alguma conversa foi percebido que este não era o problema, os filhos não queriam que a mãe estivesse adormecida durante todo o dia, queriam que a mãe estivesse com eles, em relação activa, durante o maior tempo

possível. Daqui se reflecte que uma acção na pessoa não é independente da mesma, cada acção envolve a reflexão construtiva e interactiva da pessoa e do seu meio (Oliveira, 2011). Compreende-se que o processo de conforto envolve não só a concepção e vontade da pessoa como também é influenciado pelo seu contexto profissional, cultural e social onde se insere (Cardoso, 2000; Lopes, 2001; Oliveira, 2011).

Foi questionada a D^a. M. sobre a sua dor: referia que não tinha dor, que não queria medicação analgésica e que não queria adormecer. Perante isto, a equipa sentiu uma sensação de impotência perante o real pois, a expressão não-verbal da D.^a M. parecia ao profissionais não corresponder ao que era dito.

Nesta situação existe uma necessidade emergente de perceber o que é ser tratado com dignidade para esta pessoa e o porquê desta forma de interpretar a dor. Para a doente a dor não era a causa de maior desconforto, era sim, a incapacidade para manter a interacção relacional com as suas pessoas significativas. A equipa procurou conhecer melhor esta pessoa e a sua família procurando os seus aspectos biográficos. A partir do conhecimento da história de vida da D^a M. a equipa compreendeu a definição de prioridades desta doente e da sua família.

149

Tendo em conta a história de vida desta pessoa compreendeu-se que a dor fazia parte do seu quotidiano durante a maior parte da sua vida, e que tal desenvolveu-lhe a resiliência à dor. Esta pessoa não sente a intensidade da dor como algo insuportável, consegue conviver com esta dor com menor sofrimento.

Devemos aqui reflectir sobre a concepção de cuidados e da avaliação das necessidades confortadoras desta pessoa. Esta concepção envolve processos reflexivos e de evolução, envolve a vivência, sensibilidade, abertura aos outros o que se traduz em atitudes, comportamentos e condutas (Colliére, 1999). Desenvolver o processo de cuidados envolve olhar para a singularidade do outro. A concretização e a adequação dos cuidados centram-se numa atenção pela singularidade de cada pessoa, com vista na obtenção de resultados entre os quais o conforto (Kolcaba, 2003, Nightingale, 1859).

Analisando a forma como esta pessoa necessita da manutenção da sua existência relacional consegue-se constatar que existe aqui uma manifestação expressa do que é o sofrimento existencial: a necessidade da manutenção da relação com os seus familiares prende-se com antevisão do futuro dela sem eles e deles sem ela. Tendo em conta que, perante as adversidades, sempre procurou encontrar caminhos alternativos para atingir os seus objectivos, neste momento final da sua vida a D^a M. procura dar aos seus aquilo que mais positivo pode dar que é o seu afecto e afirmar o que defendeu na sua vida: encontrar o caminho e segui-lo. A D^a M. teve dificuldade em gerir o desapego que é inerente ao fim-de-vida. Sentir que se iria afastar daqueles que amava causa-lhe angústia o que se observava no apelo para a presença e toque dos familiares.

Resultados

Foram discutidas as abordagens terapêuticas que corresponderiam às expectativas da doente e sua família. A possibilidade da doente manter medicação que causasse o alívio desejado à sua pessoa de forma a manter-se a interagir manteve a D.^a M. e os seus familiares mais tranquilos.

150

Após o momento em que foi compreendido pela equipa de cuidados paliativos que a dor não era a prioridade nos sintomas, permitiu uma maior disponibilidade relacional não só com os familiares como com a D.^a M. A D.^a M. no final desta interacção abriu os olhos, olhou para a enfermeira e referiu “até amanhã”.

Através da prática de enfermagem assente na perspectiva humanista traduz-se numa intervenção individualizada e de atenção aos pormenores. Hesbeen (2000) refere tratar-se de tudo o que dá sentido à vida e é importante para a pessoa promove o seu bem-estar e conforto. Esta perspectiva de cuidar permite à pessoa sentir-se valorizada, respeitada e que não está só, assim se pratica enfermagem que se observa na proximidade e atenção da pessoa para com o profissional. Uma doente que sente resultados positivos da intervenção de enfermagem reconhece a sua necessidade e procura manter a relação estabelecida. Através do estabelecimento de uma relação de ajuda iniciada pela ligação de proximidade da equipa de enfermagem potenciou a

integração, satisfação e colaboração dos intervenientes nos cuidados de conforto (Carapinheiro, 1998, Lopes, 2001).

A finalidade da relação de ajuda implica a integração máxima da experiência que ele vive, procurando ver a pessoa como um todo. Percebe-se que o corpo ultrapassa a sua componente biológica envolvendo a dimensão cultural, psíquica e espiritual (Simões, 2008). O conforto resulta da intervenção do enfermeiro tendo em conta a compreensão da dimensão humanística e holística da pessoa alvo de cuidados. A pessoa é o agente fundamental na procura do conforto.

A D^a M. mostrou-se mais interactiva com a equipa de profissionais e tal permitiu que a equipa encontrasse outras áreas de intervenção para além da dor. Tal, permitiu que os familiares transmitissem o seu sofrimento, à equipa de cuidados paliativos, inerente à proximidade da perda da sua familiar.

Ao mesmo tempo, esta pessoa enfrenta uma disrupção do seu pessoal. A possibilidade de expor como quer que seja feito após a sua morte, enumerar os locais onde estão os seus valores e o seu testamento deu a esta pessoa maior alívio. Por sua vez, aceitou a analgesia durante o período da noite para permitir o seu descanso e o do seu marido. Está a cumprir o seu papel actual numa vida que traz consigo a responsabilidade de ser vivida tanto quanto possível.

O sofrimento espiritual tem significados diferentes para cada pessoa quando estão perto da morte. Durante os dias que antecederam a morte a D^a M. manifestava a sua religiosidade “Até amanhã, se Deus o quiser”. Esta frase traduz-se na transferência para uma entidade superior o seu destino, acreditando que esta entidade definirá o melhor para si. Para esta pessoa e sua família a espiritualidade centra-se na religiosidade. O conforto espiritual nesta situação envolve a utilização de léxico religioso, abrindo várias possibilidades de promover conforto e suporte para a doente e sua família (Chochinov, 2012).

Esta pessoa teve que gerir o seu apego aos familiares e a sua finitude. Teve tempo para se despedir e para sentir que aguardaria pela sua morte sem angústia. Esta pessoa encontrou a sua serenidade após compreender que os seus familiares estavam

preparados para a sua morte uma vez que, a lembrariam como aquilo que sempre foi. Segundo a Teoria do Conforto, esta pessoa conseguia atingir um estado de transcendência que se refere a um crescimento na medida em que, cada pessoa tem a possibilidade de sentir capacidade e potencial para planear, controlar e resolver os problemas (Kolcaba,2003). Conseguiu alcançar um estado de transcendência a nível físico quando releva a sua dependência e sintomas físicos, a nível psicoespiritual quando acredita na sua religiosidade e que uma entidade superior decidirá o seu caminho e a nível sociocultural quando consegue gerir o seu apego aos familiares.

Os profissionais de enfermagem são os principais cuidadores do sofrimento uma vez que, são com frequência o suporte do doente e seus familiares (Morse, 2001). São responsáveis pela avaliação e compreensão do sofrimento, identificam as necessidades e procuram diminuir ou aliviar a dor e o desconforto físico, emocional e espiritual procurando o conforto (Kolcaba, 2003; Wright, 2005). Assim, a diminuição do numa maior sensação de conforto concretiza-se sofrimento (Kolcaba, 2003).

152

Conclusão

Este caso demonstra a necessidade de conhecer a história de vida da pessoa de quem se cuida para se conseguir compreender as suas atitudes, decisões e necessidades. Por vezes, a interpretação subjectiva do profissional carregada do seu conteúdo pessoal enviesa a compreensão do significado da realidade da pessoa. Aquilo que nós, profissionais de saúde, sentimos não é o mesmo que a pessoa doente de quem cuidamos sente. A compreensão empática só é praticável quando se conhece a pessoa com quem nos deparamos e delimitamos o nosso mundo individual daquele que pertence ao outro. Se os profissionais fundamentassem a sua interpretação apenas naquilo que interpretavam sem conhecer a história de vida não estariam a corresponder às expectativas da pessoa cuidada, o que limitaria a sua intervenção e o desenvolvimento da relação.

Assim, o conceito de dignidade envolve não só sentir-se tratado como pessoa única, como exercer controlo naquilo que lhe é possível, manter um sentimento de pertença e de relacionamento com quem lhe é importante.

Como enfermeiro especialista esta abordagem é fundamental no processo de cuidados. É importante reflectir que o processo de cuidados tem início e fim no outro que os necessita. Analisar os aspectos que a pessoa considera importantes é fundamental para adequação dos cuidados. Reflectir sobre a forma como nos relacionamos com os doentes, como se comunica com os mesmos, a forma como os interpretamos é determinante para a formulação do processo de cuidados e consequentemente resultados das intervenções. Quando a pessoa alvo dos cuidados avalia que os mesmos são adequados a si adere aos mesmos, participa no processo e por conseguinte sente-se realizada no seu papel de pessoa ultrapassando o papel de doente.

Promover a dignidade passa por dar relevo ao que a pessoa é, respeitando-a. Este é um meio fundamental para a promoção do conforto em fim de vida.

O desconforto e o sofrimento são desafios para os profissionais de saúde que envolvem questionar o seu agir no cuidado ao doente e na sua relação com o mesmo. Os enfermeiros devem desenvolver o seu sistema de valores humanístico-altruísta, procurando reflectir as experiências de vida da pessoa. Desta forma, os enfermeiros deverão fortalecer a sensibilidade para consigo e para com os outros, a fim de poderem assumir uma atitude de preocupação com o bem-estar e conforto da pessoa, através do auto-consciencialização e da autenticidade. A identificação com a experiência do doente exige envolvimento centrado no “insight” empático, o que só se tornará possível através da relação enfermeiro-doente que se substância na procura permanente de conforto.

153

Referências Bibliográficas

Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Cardoso, M.A.G.M. (2000). *O cuidar em Gerontologia. Uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros*. (Dissertação em mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto

Chochinov, H. M. (2012). *Dignity Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). *Tema: questões éticas: dignidade*, 287(17), 1–2.

Collière, Marie-Francoise. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência

Hack, T. F., McClement, S. E., Chochinov, H. M., Cann, B. J., Hassard, T. H., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2010). *Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy*. *Palliative Medicine*, 24(7), 715–23. doi:10.1177/0269216310373164

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

154

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2010). *de rango medio del confort Case study on the use of instrument of Katherine Kolcaba a middle range theory: from comfort*, 9(2), 94–104.

Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.

Neto, I. G. (2004). Para além dos Sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In I. G. Neto, H.-H. Aitken, & T. Paldron, A dignidade e o sentido da vida (pp. 13-50). Cascais: Pergaminho.

Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência

NUNES, LUCÍLIA; AMARAL, MANUELA; GONÇALVES, ROGÉRIO (org) et al (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.