



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO HUMANIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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 Ana Lúcia Ferreira Louro

LISBOA, Março de 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO HUMANIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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 Ana Lúcia Ferreira Louro

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

(LISBOA, Março de 2014)

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale (1871)

AGRADECIMENTOS

Mais uma conquista.

Foi um percurso exigente... conseguido com esforço e muito trabalho!

Passaram-se situações difíceis, houve lágrimas, houve frustração...

Houve momentos de recompensa, houve sorrisos, houve alegria...

Agora que chego ao fim, resta-me a gratificação a todos os que me ajudaram especialmente aos meus pais e ao meu marido, pelo carinho, incentivo, dedicação e compreensão. À Professora Patrícia Pontífice de Sousa pela disponibilidade e orientação, sobretudo nesta fase final. Aos doentes e suas famílias sobre quem estudei e investiguei. E finalmente aos orientadores de estágio pela partilha dos seus saberes e orientações dadas.

Obrigada por acreditarem em mim!

Obrigada por fazerem parte da minha vida!

RESUMO

No contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, surgem situações complexas que exigem um conjunto de competências específicas. Assim, o enfermeiro especialista deve ser um profissional reflexivo e capaz de mobilizar todos conhecimentos, intervindo de forma holística e com elevado nível de qualidade. O cuidar é a essência da enfermagem e assume-se como o pilar profissional das ações do enfermeiro. Indo além das técnicas e atitudes para tratar da doença, cuidar envolve a globalidade da pessoa, implicando o comprometimento em manter a sua dignidade e individualidade. Envolve uma teia de relações que acompanham o ser humano, onde a comunicação assume grande relevo. O enfermeiro coroa a qualidade dos cuidados conciliando a vertente científica e técnica com a vertente humanista. Sendo detentor de um conjunto de saberes que o distingue, tem um especial papel na humanização.

Este relatório teve como objetivo a análise reflexiva das competências desenvolvidas durante os três módulos de estágio: Cuidados Paliativos, Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência. Em cada período de estágio, a par da vertente científica e técnica, desenvolvi a vertente relacional com o doente e sua família, num ambiente que acarreta elevados níveis de ansiedade e medo face ao desconhecido, como é o meio hospitalar. Transversalmente neste percurso trabalhei as estratégias para o cuidado humanizado à pessoa em situação crítica, como forma de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Em Cuidados Paliativos identifiquei o papel do enfermeiro no apoio ao doente em fim de vida e à sua família. Identifiquei as necessidades das famílias e respetivas intervenções de enfermagem. Desenvolvi capacidades ao nível da comunicação, do trabalho em equipa e do controlo dos sinais e sintomas. Sensibilizei os enfermeiros para a importância do sorriso como estratégia de humanização dos cuidados de enfermagem.

Em Cuidados Intensivos mobilizei os conhecimentos adquiridos durante o período teórico que contribuíram para a prestação de cuidados especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família. Aprofundei conhecimentos científicos e pratiquei novas técnicas, mantendo a humanização dos cuidados como alicerce da minha prática. Com vista à humanização dos cuidados, procurei sensibilizar os enfermeiros para a importância do acolhimento à família e pessoas significativas na unidade de cuidados intensivos.

O Serviço de Urgência proporcionou-me muitas situações de aprendizagem na assistência ao doente urgente e sua família. Aprofundei conhecimentos científicos, investigando sobre patologias e exames diagnósticos. Desenvolvi capacidades como estabelecer prioridades no cuidado ao doente urgente e agir rapidamente para a sua estabilização hemodinâmica. Desenvolvi atividades que auxiliaram os enfermeiros a prestar cuidados humanizados, sensibilizando-os para as estratégias de comunicação com o doente e família em urgência.

A articulação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica e a reflexão sobre a mesma permitiram a construção de uma identidade profissional como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: humanização, cuidar, enfermeiro especialista

ABSTRACT

In the context of nursing a person in a critical situation can emerge complexed situations that may demand specific skills. Therefore, the specialist nurse will have to be a responsive professional capable to mobilize all knowledge, who intervenes holistic with maximum quality. To take care of someone is the essence of nursing and is one of the professional foundation of the actions of a nurse who goes beyond the technics and attitudes to take care of the disease, to care of a person as a whole by maintaining their dignity and individuality. Involve a web of relationships that accompany a human being, so communication gains great importance. The nurse crowns the quality of his care reconciling science and technique aspects with humanistic side. Henceforth, a nurse is the keeper of various types of knowledge who distinguishes themselves from others, who has a special role in humanization.

This report has the objective of a reflexive analysis of the developed skills acquired during the three stages of this internship: Palliative Care, Intensive Care and Emergency Service. In each period of the internship, abreast of scientific and technical aspect, I developed relationship aspects with the patient and his family, in an environment that brings high levels of anxiety and fear of the unknown, which is the environment of a hospital. Across this path I have worked the strategies for the humanization care to the person in critical condition, as a contribution to improving the quality of care.

In Palliative Care, I identified the role of a nurse as a supporter to the terminally ill patient as well as their family. I have identified the family's needs and the respective nursing interventions. I have developed skills in communicate, teamwork and the control of signs and symptoms. I have sensibilized nurses to the importance of a smile as a humanization strategy to nursing care.

In Intensive Care, I have mobilized the acquired knowledge during the theoretical period that contribute to the specialized care to a person who has a critical health or with a potential risk and their families. Deepened scientific knowledge and practiced new techniques, keeping the humanization of care as the foundation of my practice. For the humanization care, I tried to raise awareness among the nurses about the importance of families' support and important people in intensive care department.

The Emergency Service gave me many learning situations in urgent care patients and their families. Deepened scientific knowledge about investigating pathologies and diagnostic exams, I have gained skills on how to establish priorities in the care of an urgent patient and to act rapidly to obtain hemodynamic stabilization. I have developed activities that helped nurses to provide humanization care, sensitizing them to the strategies of communication with the patient and family emergency.

The articulation of theoretical knowledge with the clinical practice and reflexion on itself has permitted a construction of professional identity as a Specialist Nurse in Medical-Surgical.

Keywords: humanization, nursing care, specialist nurse

LISTA DE ABREVIATURAS

Ex. - exemplo

LISTA DE SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente

AVC – Acidente Vascular Cerebral

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO – Sala de Observações

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática das fases sequenciais de seleção dos estudos27

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das evidências encontradas – PICOD28

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. O SORRISO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: Contributos para uma Revisão Sistemática de Literatura	21
2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO	31
2.1 - MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS	34
2.2 – MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS	43
2.3 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	50
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de presença em Workshop de Feridas Malignas

ANEXO II – Autorização para aplicação de questionários aos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos

ANEXO III – Norma de acolhimento à família e pessoas significativas dos clientes internados na UCI

APÊNDICES

APÊNDICE I – Trabalho/revisão bibliográfica “Cuidar da Família em Cuidados Paliativos”

APÊNDICE II - Questionário sobre a percepção dos enfermeiros sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem

APÊNDICE III – Apresentação gráfica e análise de resultados do estudo exploratório sobre a percepção dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem

APÊNDICE IV – Plano da ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

APÊNDICE V – Ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

APÊNDICE VI – *Póster*: “O papel do sorriso nos cuidados de enfermagem”

APÊNDICE VII – Questionário de avaliação da ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

APÊNDICE VIII - Apresentação gráfica e análise de resultados da avaliação da ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

APÊNDICE IX – Consulta dos registos de enfermagem sobre acolhimento da família e respetivas intervenções - Apresentação gráfica dos resultados e sua análise

APÊNDICE X – Plano da ação de sensibilização “Acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI – Intervenções e Registos de Enfermagem”

APÊNDICE XI - Ação de sensibilização “Acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI – Intervenções e Registos de Enfermagem”

APÊNDICE XII - *Póster*: Acolhimento na UCI - Aos familiares e pessoas significativas

APÊNDICE XIII – Procedimento: “A comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em sala de observação do AMP”

APÊNDICE XIV – Plano da ação de sensibilização: “A comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO”

APÊNDICE XV – Ação de sensibilização: “A comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO”

INTRODUÇÃO

Cuidar da pessoa em situação crítica requer um conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, que considere as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, sendo capaz de lançar um olhar crítico sobre as situações clínicas apresentadas e de tomar decisões eficazmente de forma fundamentada.

Neste contexto, o Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro no Artigo n.º 4 alínea 3, reconhece ao Enfermeiro Especialista “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Por seu lado, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a Ordem dos Enfermeiros (2010) explicita que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, que são prestados continuamente para dar resposta às necessidades da pessoa, de forma a permitir a manutenção das suas funções básicas de vida, a prevenção de complicações e com vista à sua recuperação total. Para tal, é necessário um conhecimento constante da situação da pessoa alvo de cuidados, conseguir prever e detetar precocemente as complicações, garantir uma intervenção concisa, eficiente e em tempo útil, o que exige observação e colheita de dados de forma contínua, sistémica e sistematizada.

A pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) como “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.”.

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular *Relatório* do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Pretendo com a elaboração deste relatório evidenciar o percurso desenvolvido nos módulos de estágio que integram esta unidade curricular, através da descrição e análise das competências desenvolvidas na assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica, apresentando as linhas norteadoras do meu desempenho para uma prática sustentada na evidência científica e refletindo sobre as ações realizadas e suas implicações no cuidado.

Assim, este relatório tem como principal objetivo analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos de estágio, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos delineados para este percurso, bem como servir de instrumento de avaliação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso, o estágio encontra-se dividido em três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II - Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III – Opcional, tendo desenvolvido o meu estágio em Cuidados Paliativos, de acordo com o meu projeto de estágio. Não sendo os módulos de estágio precedentes entre si, iniciei o meu percurso

de estágio pelo módulo III, seguido o módulo II e posteriormente o módulo I, conforme disponibilidade dos serviços e organização da distribuição dos estudantes pelos respetivos locais. Compreendendo três períodos distintos, a cada módulo correspondeu um total de 180h de contacto.

A opção de realizar o módulo III em Cuidados Paliativos prendeu-se com o facto de ser uma área de interesse pessoal e profissional, uma vez que desde o início da minha atividade profissional sobressai um gosto pessoal por cuidar de pessoas em fim de vida, podendo ajudá-las a viver a fase final da sua vida de forma tranquila, proporcionar-lhes conforto e qualidade de vida quando a cura não é alcançável. Sendo esta uma área de cuidados que exige uma formação adequada, pretendia com este estágio desenvolver as competências específicas para dar a melhor resposta às múltiplas necessidades destes doentes e famílias, para a prestação de cuidados de qualidade. Profissionalmente, esta opção vinha contribuir com um acréscimo de competências que valorizam a minha prática profissional, enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista que cuida diariamente de pessoas em fim de vida. Por outro lado, este campo de estágio era de maior interesse para o desenvolvimento do meu projeto de estágio, pois em Cuidados Paliativos, onde a doença não é tratável, a vertente do cuidado humanizado assume especial relevo.

Os três períodos de estágio decorreram num hospital privado de Lisboa, que por disponibilizar valências médicas e cirúrgicas, com reconhecidas áreas diferenciadas organizadas em centros de excelência multidisciplinares, permite uma abordagem completa e integrada dos doentes, sendo determinante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Assim, sendo este hospital reconhecido com uma referência incontornável ao nível dos hospitais privados do país, com um corpo de profissionais especializado, considerei que reunia todas as condições para desenvolver um percurso de estágio enriquecedor ao nível do desenvolvimento de competências na área da especialidade, essencialmente no que se prende com o projeto de estágio, cuja área de interesse e temática transversal é a humanização dos cuidados de enfermagem.

Cada vez mais na nossa sociedade exige-se e sente-se a necessidade da humanização dos cuidados. Numa realidade em que os avanços tecnológicos e a perícia técnica se sobrepõem ao cuidado à pessoa na sua plenitude, incluindo relações interpessoais e individualização dos cuidados, é urgente humanizar os cuidados. Segundo Osswald (2004, p. 369), humanizar em enfermagem envolve “tratar com cortesia, saber ouvir, ir ao encontro, oferecer empatia, sentir-se solidário, ser solícito, tentar compreender a pessoa doente”.

No processo de cuidados de enfermagem, o doente e sua família são pessoas com características que lhe são próprias e por isso são vistas numa perspetiva holística e humanista. Ou seja, são consideradas como um sistema aberto com características físicas, cognitivas, sociais, afetivas e espirituais, apresentando assim necessidades específicas. A pessoa tem de ser atendida no seu todo e na sua individualidade, como um sistema vivo interligado e interdependente, que permanece em interação constante com o meio social e físico, sofrendo influências e agindo sobre as mesmas (Costa, 2004). Nesta perspetiva, o Modelo de Cuidados e

os teóricos de referência para a minha prática dos cuidados nos estágios inserem-se no Paradigma da Transformação, em que a pessoa é entendida como única, em interação com tudo o que a rodeia. Intervir em enfermagem significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde.

Já Rogers, no seu modelo de seres humanos unitários, referia-se ao Homem como um ser humano unitário, definindo-o como um todo unificado, que possui a sua própria integridade, cujas características que manifesta são mais e diferentes que a soma das suas partes. A pessoa é um sistema aberto e um processo contínuo em interação com o ambiente (Gunther, 2004).

A relação interpessoal só é possível havendo comunicação. A comunicação em enfermagem envolve a pessoa que cuida, a pessoa cuidada e os seus próximos. O enfermeiro é a pessoa habilitada para prestar atenção, desenvolver uma atitude de compreensão e ajudar o ser humano que necessita de cuidados. Sendo enfermeiro quem mais tempo passa junto da pessoa doente, sobretudo em contexto hospitalar, é quem estabelece com ela uma relação de maior proximidade. Daí que a pessoa doente se sinta mais à vontade com o enfermeiro, confia mais facilmente nele, expõe e questiona com maior abertura. Assim, o enfermeiro assume uma posição muito especial junto da pessoa doente, ao que lhe cabe uma função também muito especial na humanização.

Utilizo, ao longo deste trabalho, os termos *doente* e *pessoa doente* com o mesmo sentido, por estar relacionado com alguém em situação de doença, vulnerável e fragilizado, que se encontra em contexto de hospitalização. Não é intenção minorizar o Outro nem excluir a família ou pessoas significativas, mas pelo contrário, entendê-lo como Pessoa com as suas características específicas, inserida num meio/comunidade. Por *família* entende-se as pessoas significativas, além dos laços de parentesco.

Como futura enfermeira especialista vislumbro a excelência do cuidar porque a pessoa doente tem direito a ser cuidada com os mais elevados níveis de qualidade científica, técnica e humana, de forma singular e humanizada, com justiça e respeito, como defende Nunes (2004).

Sendo o relatório um documento que suporta toda a informação respeitante ao percurso de estágio desenvolvido, este foi elaborado com base na metodologia descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e à análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos três módulos, atendendo à minha área de interesse e à melhoria dos cuidados na assistência à pessoa em situação crítica, assim como ao desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido, além da Introdução e da Conclusão, em dois capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a revisão sistemática de literatura sobre o sorriso como estratégia de comunicação em enfermagem, no segundo capítulo é feito o enquadramento da temática transversal aos estágios seguida de uma descrição crítica e reflexiva do percurso de estágio que é feita de forma individualizada por cada módulo de estágio, encontrando-se por isso este capítulo dividido em três subcapítulos. Com esta estrutura de organização pretende-se que o relatório seja simples, conciso, de fácil leitura e com seguimento lógico.

1. O SORRISO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: Contributos para uma Revisão Sistemática de Literatura

Resumo

A prática de enfermagem abarca uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente, destacando-se a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste contexto, há que ter em conta que todo o ato humano comunica, mesmo sendo através da linguagem não verbal, como é exemplo o sorriso. O sorriso nos cuidados de enfermagem pode ser um meio facilitador de confiança, de encorajamento, proporcionando uma sensação de maior apoio ao doente, transmite-lhe conforto e orientação. Com base no exposto, objetivou-se, com esta revisão sistemática da literatura, dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar? A análise dos três artigos, objeto de estudo, permitiu contactar com práticas de enfermagem caracterizadas como humanas, onde o sorriso se assume como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados, sendo esta uma opinião partilhada pelos autores, nos artigos analisados.

Palavras-chave: Comunicação; Sorriso; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Nursing practice encompasses an interpersonal relationship between nurse and patient, highlighting the importance of communication as a tool for nursing. In this context, it should be borne in mind that every human act communicates, even though through nonverbal language, such as smiling. The smile on nursing care can be a facilitator of trust, encouragement, providing a greater sense of patient support, transmits you comfort and guidance. Based on the above, the objective is, with this systematic literature review, answer the following research question: What is the role of the smile on nursing care to the patient adult/elderly in the hospital setting? The analysis of the three articles, the object of study, allowed contact with nursing practices characterized as human, where the smile is assumed as a therapeutic tool, as a manifestation of comfort and confidence in the care provided, which is a view shared by the authors in articles analyzed.

Keywords: Communication; Smile; Nursing.

Resumen

La práctica de enfermería comprende una relación interpersonal entre enfermera y paciente, destacando la importancia de la comunicación como herramienta para la enfermería. En este contexto, hay que tener en cuenta que todo acto humano se comunica, a pesar de que a través del lenguaje no verbal, como sonreír. La sonrisa en los cuidados de enfermería puede ser un facilitador de confianza, ánimo, proporcionando una mayor sensación de apoyo al paciente, que transmite comodidad y orientación. Con base en lo anterior, el objetivo es, con esta revisión sistemática de la literatura, responda a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es

el papel de la sonrisa en los cuidados de enfermería al paciente adulto / ancianos en el hospital? El análisis de los tres artículos, el objeto de estudio, el contacto permitido con las prácticas de enfermería se caracteriza como humanos, donde se supone que la sonrisa como una herramienta terapéutica, como una manifestación de la comodidad y la confianza en la atención recibida, que es una opinión compartida por los autores en artículos analizados.

Palabras clave: Comunicación, Sonrisa, Enfermería.

Introdução

Ao longo do percurso académico e profissional foi sempre enfatizada a ideia que, na profissão de enfermagem, têm de estar conjugadas três vertentes do desempenho, nomeadamente, a científica, a técnica e a relacional, ou em três dimensões do saber, designadamente, o saber-fazer, o saber-ser e o saber-estar. Por outro lado, a utilização corrente da palavra cuidar, mais ou menos correta, faz com que se pense e repense na essência da profissão.

Assim, para a realização deste trabalho de investigação, a atenção centrou-se na esfera relacional, enfatizando-se o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente hospitalizado. Ou seja, na pertinência pessoal e profissional em estudar-se mais vivamente a relação profissional de saúde/doente no contexto da intervenção de enfermagem, tendo em conta a importância do humor terapêutico, do qual faz parte o sorriso, tido como um 'analgésico' em muitas situações de sofrimento, sobretudo quando se trata de doentes em ambiente hospitalar. Na relação de ajuda, um dos fatores relacionais importantes é a aliança terapêutica entre profissional de saúde/doente.

A pertinência deste assunto tornou-se tanto mais clara porque se poderá, através da revisão da literatura servir de guia orientador e de instrumento de reflexão crítica da aprendizagem no desempenho das diferentes atividades no presente e no futuro, bem como aperfeiçoar as capacidades de planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros prestam cuidados às pessoas considerando-as um sistema aberto, confrontando-se com diferentes situações para as quais desenvolvem diferentes saberes. A relação de ajuda e a comunicação (verbal e não verbal) são exemplos de saberes que, ao serem adquiridos e aplicados, proporcionarão à pessoa cuidados de enfermagem de excelência (Moniz, 2003).

A investigação foi feita sobre bases de dados eletrónicas, e na sua condução foi utilizada a metodologia PI[C]OD e a técnica de análise e integração de dados por metasumário, seguindo a lógica de Lopes et al (2008).

São abordados alguns conceitos relacionados com a comunicação verbal e não verbal, bem como sobre o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem. Seguidamente tem lugar toda

a metodologia, explicitando-se o método de pesquisa e a formulação da questão de investigação. Segue-se a apresentação dos resultados e posteriormente as principais conclusões.

Comunicação: o jogo da influência na relação com a pessoa cuidada

A comunicação é um processo complexo. Jacques Salomé e Christian Potier, referenciados por Phaneuf (2005), descrevem a comunicação como a tentativa de criar “um laço de reciprocidade” entre duas pessoas. Contudo, não se pode esquecer que as pessoas são muito diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares. Estas diferenças tornam-se mais importantes quando se trata de um enfermeiro e de uma pessoa cuidada.

Neste sentido, Phaneuf (2005) refere que a diferença de idades, a distância que é criada por uma educação, muitas vezes, de um nível mais elevado no enfermeiro e o jargão profissional utilizado são variáveis que contribuem para o afastamento desta díade. Por outro lado, o simples facto de estabelecer uma via de passagem entre elas constitui, por vezes, uma efetiva proeza. Retomando-se a definição de comunicar, que consiste em exprimir e em permitir ao outro fazê-lo, implica que se tenha a capacidade de perceber, escutar e ouvir o outro, bem como apreender o que se passa no interior de cada ser comunicante (emissor e recetor), identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam no recetor (Phaneuf, 2005).

Como escreve Colette Portelance, referenciada por Phaneuf (2005), comunicar significa estar em correspondência com um outro, permanecendo em relação a si próprio. Neste sentido, surge o conceito de autenticidade da comunicação que depende dessa relação.

Phaneuf (2005) refere que a comunicação, na relação terapêutica, é um processo que abraça dois polos: o dos profissionais de saúde e o da pessoa cuidada. Esta díade pode influenciar-se reciprocamente. Contudo, há uma premissa a ter em conta, só o polo do profissional de saúde está verdadeiramente sob o seu controlo e nunca se pode presumir o valor ou a influência que se exerce sobre o doente. Ou seja, apenas a reação da pessoa cuidada pode informar sobre o significado que ela atribui à mensagem emitida pelo profissional de saúde e só a sua reação pode informá-lo do que se compreendeu sobre o que se diz ou sente.

A autora supracitada considera, ainda, que a comunicação não é algo simples, na medida em que, neste fenómeno, nada pode ser considerado de maneira isolada: cada ser existe em interação com os outros, num determinado aqui e agora, comportando uma dada cultura. Cada interlocutor está imerso num universo perceptual que lhe é próprio. Interpreta o mundo com a sua própria visão e, por seleção e reagrupamento, modula, atribuiu sentido, concebe a informação, à medida que a transmite. Estes pressupostos remetem para a existência de dificuldades de comunicação.

Como tal, e atendendo ao exposto, Phaneuf (2005) situa a comunicação do enfermeiro com a pessoa cuidada nesta definição, uma vez que há a troca de informações entre a díade e, de ambas as partes, há uma reação afetiva à mensagem recebida, que confere sentido às palavras pronunciadas ou implícitas e aos gestos que as acompanham. As informações

recolhidas pelo enfermeiro, junto da pessoa cuidada, dizem-lhe diretamente respeito e a emotividade compreendida na situação advém da expressão dos sentimentos e dos sofrimentos sentidos pela pessoa cuidada e, simultaneamente, serve para uma melhor compreensão da situação vivenciada.

Na comunicação existem as palavras que são trocadas, mas também a um nível mais ténue, tudo o que elas readquirem, revelam ou dissimulam. As trocas comunicacionais abarcam dois elementos centrais: o “quê” da mensagem – e uma parte mais afetiva ligada à forma como é transmitida - o “como”. Há, por vezes, diferenças relevantes no significado que comunicam estes dois fatores (Santos et al, 2005).

Ainda que seja menos manifesta, esta parte não verbal da comunicação não é menos importante, porquanto as emoções de um dos parceiros comunicativos, percebidas pelo consciente ou pelo inconsciente do outro, despoletam as suas próprias emoções. A este propósito, dá-se, como exemplo, as palavras pronunciadas por um enfermeiro distraído ou frio, que podem acarretar uma reação emotiva de frustração ou de exaltação na pessoa cuidada, enquanto as palavras pronunciadas com calor e atenção, acompanhadas de um sorriso provocam-lhe um estado de bem-estar. Com maior frequência, não são as palavras utilizadas que agredem, mas as atitudes com que são pronunciadas, as emoções que as submetem e que fazem reagir (Oriá et al, 2004).

A emotividade subjacente a toda a comunicação, passível de conceber as reações do outro, leva a interrogar sobre este poder que confere à comunicação ao serviço dos enfermeiros. Não se pode esquecer que comunicar consiste em influenciar. A pessoa em estado de doença está peculiarmente vulnerável e o enfermeiro que contacta com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mormente pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras, nos seus gestos e nas suas expressões faciais (Santos et al, 2005).

De acordo com Saraiva (2008), a ajuda do enfermeiro deve basear-se em três pontos-chave: a verdadeira escuta, que permite acolher a palavra do outro, proporcionando ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente; a empatia, que implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, sabendo no entanto, manter a distância que permite a relação terapêutica e a congruência, que implica que o enfermeiro deve ser autêntico e ele próprio. Para conseguir concretizar estes pontos-chave, o enfermeiro deve demonstrar presença física e humana, disponibilidade para, desta forma, aceder à totalidade da pessoa (Saraiva, 2008). Uma vez conseguida, a relação de ajuda permite que as pessoas ultrapassem de uma forma melhor os seus problemas, sendo este um dos seus grandes objetivos (Melo, 2008).

Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente. Torna-se clara, portanto, a importância da comunicação como

instrumento de enfermagem. Neste sentido, a comunicação é um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional. É a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro/doente, é através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos.

Neste sentido, há que ter conta que as competências dos enfermeiros em comunicar verbal ou não verbalmente com o doente estão associadas a várias dimensões do cuidar. O signo não verbal é todo aquele que não a língua falada ou escrita, usado para representar alguma outra coisa que não ele próprio. Tais signos são significativos para a pessoa que os usa e para a pessoa que os recebem. A gama de signos não verbais é muito vasta. Como tal, destaca-se um deles: o sorriso.

A comunicação é um importante aspeto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade. Dessa forma, o sorriso contribui para a promoção do cuidado emocional, sendo este uma manifestação do humor terapêutico. Para se prestar o cuidado emocional, é necessário que o enfermeiro seja bom ouvinte, expresse um olhar atencioso e empático, transmitido através do sorriso, como meio de confortar e ajudar a recuperar a autoestima do doente hospitalizado, cujo cuidado emocional é extremamente importante para a melhoria da sua qualidade de vida (Oriá et al, 2004).

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia na sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a perceção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a recetividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (Souza et al, 2005).

O sorriso, de acordo com Ford (2009), nos cuidados de enfermagem funciona como um meio facilitador de confiança, de encorajamento, proporciona uma sensação de maior apoio ao doente e transmite conforto e orientação. A interação que os doentes estabelecem com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliá-los face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.

Metodologia

Pretende-se agora descrever de forma sequencial as diversas etapas que orientam a elaboração deste estudo.

Fortin (2009) considera a metodologia como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, sendo nesta fase do processo que se indica o tipo de investigação realizada, o problema e os objetivos. Desta forma, e tendo por base o referencial teórico previamente elaborado, definem-se os procedimentos metodológicos que se consideraram mais adequados ao desenvolvimento deste estudo.

Com o intuito de se estudar o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, a qual tem três etapas que necessitam de ser consideradas previamente: definir o objetivo da revisão, identificar a literatura e selecionar os estudos passíveis de serem incluídos. Essas fases antecedentes ajudam o investigador a adequar a pergunta norteadora da revisão com base na informação disponível sobre o tema em estudo (Sandelowski et al, 2003).

Objetivo da revisão

Esta revisão sistemática da literatura tem como principal objetivo identificar o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar.

Questão de investigação

- Qual o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar?

Método de Pesquisa

Após a formulação da questão de investigação, começou-se a investigar sobre bases de dados eletrónicas, que possibilitassem uma maior expansão da informação. Assim, a procura de artigos para a concretização deste trabalho de investigação foi realizada de forma cuidadosa e sistemática em duas bases de dados: *Medline/Pubmed* e *B-on*, por se tratar de bases de dados abrangentes, que permitem o acesso a artigos científicos, de forma integral e gratuita.

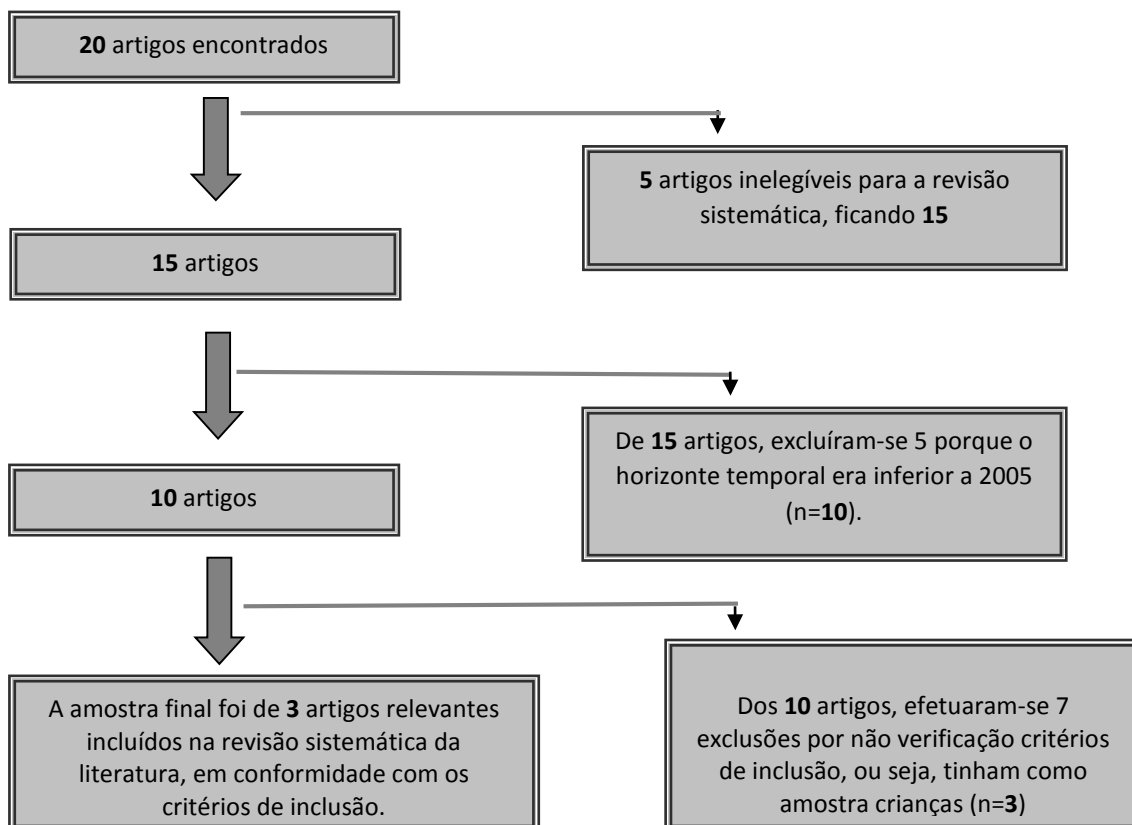
Estabeleceu-se um horizonte temporal de 7 anos (2005 até 2012), recorrendo às seguintes palavras-chave: “Cuidados de enfermagem”, “Comunicação em enfermagem”, “humanismo nos cuidados de enfermagem”, “Relação de ajuda”, “Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem”. Os idiomas preferenciais foram o português (do Brasil e de Portugal), inglês e espanhol.

Foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão, para que se pudesse selecionar os artigos:

- **Critérios de Inclusão:** Horizonte temporal da pesquisa entre 2005 e 2012; Estudos empíricos de natureza quantitativa e qualitativa; doentes adultos hospitalizados;
- **Critérios de exclusão:** Horizonte temporal da pesquisa inferior a 2005; estudos no âmbito da Pediatria e em Saúde Mental; artigos de opinião.

Depois de analisados os artigos na íntegra, e com base na verificação dos critérios propostos, restaram 3 artigos, que foram incluídos na revisão sistemática. A figura que se segue esquematiza o processo de seleção dos estudos para inclusão neste trabalho.

Figura 1 – Representação esquemática das fases sequenciais de seleção dos estudos



Identificada a necessidade da revisão e a literatura pertinente na área, localizados e selecionados os estudos, passou-se à análise dos mesmos, respeitando-se uma série de passos bem definidos, os quais estão preconizados para a elaboração de estudos de revisão sistemática. Seguidamente são apresentados os dados e resultados mais pertinentes, tendo em conta a questão de investigação.

Apresentação dos resultados

Apresentar os resultados, consiste em fornecer toda a informação pertinente relativamente aos objetivos traçados, que orientam o trabalho. Os resultados apresentados tiveram por base a análise rigorosa e criteriosa dos 3 artigos selecionados. Os resultados foram organizados de forma a atender aos objetivos do estudo, assim como foram comparados e debatidos para que a informação apresentada fosse o mais clara e específica possível.

Os estudos selecionados encontram-se em língua estrangeira (inglês) e língua portuguesa e foram levados a efeito em diferentes países: Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Portugal. Todos os artigos são recentes, com publicações entre 2005 e 2009. Aquando da leitura integral dos artigos selecionados foi identificado o artigo, os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo, como apresentado no quadro que se segue (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese das evidências encontradas – PICOD

Identificação do Artigo		Backes, D. S., Koerich, M. S. e Erdmann, A. L. 2007. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. <i>Rev. Latino Am. Enfermagem.</i> nº1, 2007, Vol. 15.
P	Participantes	17 profissionais da equipa multiprofissional de uma instituição hospitalar da Região Sul, entrevistados em três grupos amostrais.
I	Intervenções	Procurar os significados dos valores e princípios que norteiam a prática dos profissionais da saúde, a fim de alcançar os valores que balizam a humanização.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (outcome)	Os dados demonstraram que é possível desenvolver novas competências, capazes de provocar uma re-significação dos valores e princípios que balizam a humanização, visando o trabalho como realização pessoal/profissional, aliando a competência técnica e a humana na prática dos profissionais e vivenciando o cuidado humanizado. Os autores concluíram também que houve enfermeiros a responderem que há doentes e familiares a perceber o sorriso e a sensibilidade do profissional de saúde, mormente dos enfermeiros, argumentando que há doentes que afirmam que não são apenas os medicamentos que os curam e os acalmam, a simpatia e o sorriso de quem cuida deles, em contexto hospitalar, também é um fator importante e como estratégia para aliviar o seu sofrimento e afastar os seus receios.
D	Desenho do estudo	Estudo de abordagem qualitativa. Foi utilizada a metodologia preconizada pela Teoria Fundamentada nos Dados, que resultou na construção de um modelo teórico, que teve como fio condutor "humanizando o cuidado pela valorização do ser humano".
Identificação do Artigo		Ford, S. 2009. Patients view smiling as 'best' indicator of nurse skill. <i>Nursing, Times Net.</i> [Online] 09 de Setembro de 2009.
P	Participantes	32 doentes, com idades compreendidas entre os 30 e os 96, tratados numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital dos EUA.
I	Intervenções	Verificar se os doentes vêem o sorriso como 'melhor' indicador de habilidade dos enfermeiros, nos cuidados prestados.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados	Os resultados demonstraram que os doentes valorizaram as habilidades interpessoais nos cuidados de enfermagem, em vez de suas habilidades técnicas,

	(outcome)	atribuindo valor ao sorriso, tido como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Os doentes descreveram os enfermeiros como: amigáveis, reveladores de interesse pela pessoa do outro, com compaixão, bons ouvintes. Referiram que os enfermeiros eram alegres, sorriam com frequência, o que lhes transmitia confiança nos cuidados prestados e lhes permitia a expressão de sentimentos e a colocação de dúvidas. O sorriso assumiu-se como um meio facilitador de comunicação entre os doentes e os enfermeiros, estabelecendo-se, deste modo, uma relação empática.
D	Desenho do estudo	Estudo qualitativo, com recurso a entrevistas e à análise de conteúdo.
	Identificação do Artigo	Souza, M. L, Padilha, M. I. C. S. e Prado, M. L. 2005. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. <i>Contexto Enfermagem</i> . 14, 2005, Vol. 2, pp. 266-270.
P	Participantes	Bases bibliográficas
I	Intervenções	Refletir sobre uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem elegendo a dimensão ético-política e alguns aspetos histórico-filosóficos que o caracterizam; Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma conceção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, na sua complexidade, as suas escolhas, inclusive, a escolha da enfermagem como uma profissão.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (outcome)	O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a perceção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a recetividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.
D	Desenho do estudo	Revisão sistemática da literatura.

Conclusão

Antes de se fazer alusão às ideias chave deste trabalho de investigação, começa-se por referir que muitas foram as limitações encontradas para a sua realização, tais como: número muito reduzido de artigos científicos, nacionais ou internacionais, que abordassem o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar, nomeadamente em doentes que não sejam pediátricos. Não se encontraram quaisquer estudos nesta área cujo foco fossem os idosos, o que resultou numa abordagem do tema de forma mais genérica. Não se encontrara, em vários locais de busca, estudos para além de 2009, sendo os mais recentes no âmbito da Pediatria, onde a abordagem do sorriso, como instrumento terapêutico, é mais vasta.

Atendendo a estas limitações, sugere-se a realização de uma investigação, no futuro, que estudo o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem, podendo-se optar por uma metodologia qualitativa, entrevistando enfermeiros e doentes.

Este estudo permitiu contactar com práticas de enfermagem caracterizadas como humanas, onde o sorriso se assume como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados, sendo esta uma opinião partilhada pelos autores, nos artigos analisados.

Face ao exposto, torna-se pois imprescindível fomentar a confiança e a cooperação mútuas no processo de interação entre os enfermeiros e os doentes, o que pode ser veiculado através de um simples sorriso, nunca esquecendo que a comunicação não verbal tem muita relevância na relação de ajuda. É através de uma comunicação verbal e não verbal que se estabelece a relação enfermeiro/pessoa, na qual são fornecidas, a esta última, as condições necessárias para satisfazer as suas necessidades individuais, uma vez que se trata de uma relação particularmente significativa que se vai estabelecer entre profissional de saúde e a pessoa cuidada, sendo este um dos pressupostos fundamentais quando se fala em relação de ajuda.

Intervir desta forma vai sem dúvida conduzir a uma resposta individualizada dos cuidados prestados pelos enfermeiros, com base num processo holístico, em que “fazer com”, “estar com” e “ser com” deverão ser atitudes dominantes que permitem não só à pessoa cuidada ser constantemente incluída no processo de cuidados, estando no seu centro, como também ao enfermeiro, enquanto cuidador por excelência, transmitir respeito e confiança, demonstrar disponibilidade e estimular o desenvolvimento das capacidades da pessoa.

O sorriso surge, assim, como um processo eficaz na relação de ajuda, na medida em que complementa e dá mais sentido às palavras que são proferidas, tendo em conta que as expressões faciais, os gestos, o sorriso exprimem mensagens que completam as mensagens transmitidas pelas palavras.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO

Na profissão de enfermagem assume-se o compromisso de **cuidar** das pessoas ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem se prestam cuidados. Os cuidados de enfermagem são definidos pelo REPE (art.º4, ponto 1) como as “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro”. Assim, os cuidados são mais que a simples execução de tarefas ou que o volume de atos realizados, são um ato humano intencional. Nunes (2004) clarifica que prestar cuidados implica uma noção integral da pessoa e uma perspetiva holística.

Na sua prática, o profissional de saúde deve agir com base na reflexão ética, tendo presente que o ato de cuidar implica uma abordagem do outro como um todo, na sua autonomia e singularidade própria.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que passa mais tempo junto do doente, deve ter por base o conhecimento e o compromisso ético e deontológico de fazer o melhor para a pessoa de quem cuida. De facto, e como argumenta Vieira (1999), “a maioria dos doentes não sabe os cuidados a que tem direito, muito menos dos que necessita, para os poder exigir, mas sabe como desejaria ser cuidado”. Deve, por isso, ser da responsabilidade ética e legal dos enfermeiros assegurar que cada cidadão receba os cuidados de saúde que necessita, o que inclui cuidados de enfermagem de qualidade.

O cuidado ao ser humano assume-se como essência e especificidade da enfermagem, de tal modo que se constitui princípio geral, conforme o postulado no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78.º, ponto 1, que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. A **dignidade humana** é um valor inerente ao ser humano que, em virtude da sua personalidade, o determina como ser autónomo e único. A pessoa deve ser vista como única, uma vez que é sujeito de direitos e deveres. A dignidade humana concretiza-se pela capacidade que o ser humano tem em tornar-se pessoa, pois este constitui-se como um processo dinâmico. Ser pessoa distingue-se pelos conceitos de relação e inter-relação que caracterizam o dinamismo do ser humano. Na sua dinâmica social, o conceito de pessoa constrói-se na relação com os outros e nas suas inter-relações. Ninguém é pessoa sozinho. A pessoa como ser dotado de consciência racional e de vontade livre, pode ser sempre mais (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O exercício da profissão de enfermagem centra-se na **relação interpessoal** do enfermeiro com a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidade). É estabelecida com o doente uma parceria, com base no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, o que constitui uma relação terapêutica.

Na teoria de Peplau o foco central é a relação interpessoal enfermeira-doente. A teórica considera que esta relação faz parte da própria natureza da enfermagem e que as experiências, expectativas, valores e crenças da pessoa devem ser valorizadas, apresentando assim uma visão holística. Pretende-se assim uma enfermagem humanitária, sendo necessária uma maior interação com os doentes (Almeida, et al, 2005).

Embora esta teoria tenha sido relacionada à prática da enfermagem psiquiátrica, pode ser utilizada em quaisquer situações em que a enfermeira possa estabelecer algum tipo de interação com a pessoa doente (Almeida, *et al.*, 2005).

Na perspectiva de Peplau, a enfermagem é vista, sobretudo, como uma forma de interagir com o doente e, por meio desta relação, fazer do estado de doença uma oportunidade para o crescimento e o amadurecimento pessoal de ambos os intervenientes. Para este fim, a autora enfoca as fases de orientação, identificação, exploração e resolução, como fases de relação em que a enfermeira desenvolve diferentes papéis para auxiliar o doente no desenvolvimento de suas necessidades, até que esse esteja pronto a assumir os seus objetivos de forma independente da enfermeira (Almeida, *et al.*, 2005; Howk, 2004).

Na teoria desenvolvida por Peplau, as técnicas interpessoais têm como objetivo “ajudar o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida” (Howk, 2004, p. 428).

A relação assume, assim, um caráter fundamental na prática da enfermagem, sendo a essência do cuidar profissional. A relação que se estabelece com a pessoa abarca a multiplicidade das dimensões humanas, estendendo-se para além do corpo físico, é o elemento distintivo da enfermagem que deverá estar sempre presente.

Jean Watson, na sua teoria, demonstra constante preocupação em atribuir à relação um valor fundamental na prestação de cuidados de enfermagem. Para a teórica, a qualidade da relação é significativamente importante para uma ajuda efetiva. Desta forma, nos principais pressupostos da ciência do cuidar em enfermagem que apresenta, afirma que o cuidado só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente (Neil, 2004).

Veiga (2004) fala da dicotomia curar/cuidar, considerando existir uma raiz comum entre os dois termos. Defende que o gesto técnico e a ação moral são indissociáveis. Apresenta o conceito *healing*, que se refere a um tratar cuidando, em que é tida em conta a globalidade da pessoa.

Por seu lado, Osswald (2004) afirma que o enfermeiro presta cuidados de saúde com base num saber técnico e humano, numa preparação científica e numa assunção de responsabilidades. Portanto, os gestos técnicos não constituem o cerne da profissão, mas inserem-se ou fazem parte de uma conduta mais global que é o cuidar da pessoa. Acrescenta ainda que estes conceitos podem ser complementares, na medida em que o cuidar pode resultar na cura e que esta não é possível (ou será muito dificultada) se não for acompanhada do cuidar. Este autor utiliza a metáfora “cuidar e curar são duas faces da mesma moeda”, em que podem ser vistas separadamente, mas não se lhe pode dar autonomia, pois juntas formam uma moeda, mas separadas não passam de imagens.

A teórica Jean Watson vem de encontro a esta conceção, afirmando que a ciência do cuidar é complementar à ciência do curar e por isso a enfermagem combina ciência com humanismo (Neil, 2004).

Porém, de acordo com Osswald (2004), com a progressão da tecnologia houve uma evolução no meio tecnicista com o desenvolvimento cada vez mais sofisticado de aparelhos e máquinas, dando primazia à técnica e levando à perda da relação interpessoal e conseqüentemente à despersonalização e ao afastamento da pessoa doente. É importante usar a técnica de forma prudente e equilibrada para obter ótimos resultados clínicos. A intervenção técnica trata-se apenas de um meio colocado ao dispor para atingir um fim, que é o bem-estar da pessoa. Por isso, tem de ser atribuído às novas técnicas apenas o lugar que lhes é devido, não as menosprezando nem anulando o que trouxeram de bom, mas que sejam apenas um meio e que o doente permaneça o centro das atenções e dos esforços. É isso que **a humanização** exige.

No ato de cuidar do outro, a **comunicação** é um imperativo e parte integrante na relação enfermeiro-doente.

Costa (2004, p.70) descreve a comunicação como “um processo interpessoal complexo que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos”.

Em contexto de cuidados de enfermagem, a comunicação não se limita a uma troca de palavras, mas antes, tal como evidencia Costa (2004), é uma arte que envolve partilha de emoções, de sentimentos, de ideias. Assim, exige que o enfermeiro saiba falar e escutar. É necessário que o enfermeiro utilize uma linguagem clara e concisa de forma a ajudar as pessoas de quem cuida a exporem os seus problemas e apreensões e a colocarem as suas dúvidas. Além das características que na prática a comunicação em enfermagem deve contemplar, como a utilização de frases curtas, simples e claras, pronunciadas a um ritmo calmo e utilizando um vocabulário adequado à pessoa, deve-se também atender à comunicação não verbal. A comunicação não verbal exprime-se pela globalidade do corpo humano, nomeadamente pela face, pelos olhos, pelos gestos, pela postura, pelo tom de voz, pela aparência física, pela posição do corpo (Costa, 2004).

A interação que o doente/família estabelece com o ambiente hospitalar e especialmente com os enfermeiros, pode auxiliá-lo face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.

Sendo a humanização dos cuidados um dos maiores objetivos no processo de saúde, procurei em todos os estágios realizados deixar um contributo com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

Cada estágio proporcionou-me momentos, experiências e vivências de me permitiram o desenvolvimento de competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, assim como capacidade de análise crítico-reflexiva dos problemas da prática profissional no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim, neste capítulo é feita uma análise crítica e reflexiva do meu percurso de estágio, apresentando os objetivos gerais e específicos delineados para cada estágio, descrevendo as competências desenvolvidas e as atividades realizadas para a sua consecução. De acordo com os objetivos definidos para cada estágio, constituem-se como indicadores de avaliação a

avaliação das atividades desenvolvidas, a prestação de cuidados de enfermagem especializados mantendo uma prática reflexiva e as mudanças de comportamento e atitudes verificadas nos profissionais de enfermagem.

Este capítulo encontra-se organizado em três subcapítulos: Módulo III – Cuidados Paliativos, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo I – Serviço de Urgência. Esta explanação prende-se com a ordem de realização dos estágios.

2.1 - MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

O estágio Módulo III – opcional: Cuidados Paliativos foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos dum hospital privado em Lisboa no período compreendido entre 22 de abril de 2013 e 22 de junho de 2013.

Sendo o estágio um processo dinâmico, que em articulação com o ensino teórico visa desenvolver competências profissionais que permitam intervir no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, este estágio na Unidade de Cuidados Paliativos permitiu-me **desenvolver competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação paliativa e sua família**, tendo sido este o objetivo geral delineado para este estágio.

No sentido de **prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação paliativa e sua família**, sendo este um objetivo específico, foram várias as atividades desenvolvidas.

Nas primeiras semanas de estágio, integrar-me na equipa, conhecer a estrutura física, compreender as dinâmicas de funcionamento e organização da unidade, conhecer o papel dos enfermeiros e interiorizar de normas e protocolos, foram atividades desenvolvidas que assumiram grande relevância para o desenvolvimento de competências nesta área.

É de referir que a eficácia da intervenção da equipa multidisciplinar no esclarecimento de dúvidas, o espírito de equipa e de interajuda, permitiu um bom ambiente de trabalho e uma partilha de conhecimentos essenciais ao desenvolvimento de competências.

Importa, desta forma, fazer alusão às principais características do serviço e à caracterização dos doentes. A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos deste hospital dispõe de 48 camas, sendo que 8 são reservadas para doentes cirúrgicos. Os quartos são duplos ou individuais e ocupados conforme a situação clínica da pessoa, sendo que os individuais são destinados maioritariamente a doentes paliativos, que se encontram muitas vezes mais instáveis ou em estado agónico. Os doentes são predominantemente doentes idosos, com elevado grau de dependência, em que 51% são mulheres (associado à maior esperança média de vida) e 49% são homens. Os doentes desta unidade provêm essencialmente: do domicílio, havendo muitos reinternamentos; da consulta externa, se detetadas situações que requerem cuidados continuados ou paliativos (ex: doentes com cancro, a quem são detetadas metástases ósseas

em consulta de ortopedia); de outros serviços do hospital, de onde são transferidos, incluindo do serviço de urgência, havendo um contacto prévio com a equipa de cuidados continuados e paliativos.

Esta unidade dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas. Acolhe doentes cujos familiares/cuidadores se encontram em exaustão, para descanso familiar e para controlo sintomático. Estes eventualmente têm alta e regressam para domicílio ou são encaminhados para outras instituições, mantendo no entanto o contacto direto com o hospital, para possíveis reinternamentos. Assim, cerca de 56% dos clientes desta unidade têm alta e 44% morrem no hospital.

Relativamente às patologias mais frequentes, 60% são doentes oncológicos (predominantemente cancro do pulmão) e 40% doentes não oncológicos como: doentes com patologias neurológicas degenerativas (por ex. doença de Alzheimer, doença de Parkinson); doentes com insuficiências orgânicas avançadas (por ex. insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal); doentes com demências avançadas (maior fatia de doentes não oncológicos); doentes com sequelas de AVC; doentes pós cirúrgicos; doentes com doenças reumáticas incapacitantes.

No sentido de integrar a filosofia de Cuidados Paliativos foi essencial consultar a documentação existente no serviço, nomeadamente os protocolos e normas, assim como bibliografia disponível, que norteiam a prestação de cuidados de enfermagem.

Foi importante começar por apreender o conceito de Cuidados Paliativos. Estes são cuidados dirigidos aos doentes que se encontram em fase final de vida, com necessidade de cuidados específicos durante semanas ou meses, para o aumento da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. No sentido de compreender o que caracteriza estes cuidados específicos, foi consultado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005), que os define como um conjunto sistemático de medidas, que tem por objetivo melhorar a prestação de cuidados a doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave, com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também, psicossociais e espirituais.

Desta forma, as ações desenvolvidas na Unidade de Cuidados Paliativos centram-se nas pessoas doentes e suas famílias, sendo delineadas especificamente para cada situação através de uma abordagem integral e multidisciplinar. Têm como objetivo a prestação de cuidados aos doentes e famílias, através de cuidados de saúde humanizados, visando o seu conforto, dignidade e qualidade de vida. De um modo mais específico, pretende-se o favorecimento da adaptação à nova situação de doença, o controlo ou estabilização de sintomas, o alívio da dor e do sofrimento, de forma a proporcionar qualidade de vida aos doentes e suas famílias.

Ao planear e prestar cuidados de enfermagem de acordo com os problemas detetados à pessoa em situação paliativa e a sua família, avaliando a eficácia das intervenções e

estabelecendo uma relação empática permitiu prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação paliativa e sua família. Neste sentido, é necessário perceber a pessoa em fim de vida como a pessoa com doença grave, incurável e progressiva, sobretudo quando se encontra em situação avançada e terminal, que experimenta um processo de transição complexo, o que implica que seja perspectivada de um modo holístico, articulando as dimensões física, psicológica, social, económica e espiritual.

Da literatura que Katharine Kolcaba fez sobre o holismo, concluiu que o conforto pode ser experimentado em diferentes contextos: físico - pertencente às sensações do corpo; psico-espiritual - pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida. Inclui a existência de uma relação com uma ordem ou um ser superior; sociocultural - que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, e que inclui aspetos financeiros e informacionais da vida social; ambiental – pertencente ao meio, às condições e influências externas (Kolcaba, 2010; Kolcaba, 2003). É fundamental então que, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, atendam às necessidades globais que a pessoa apresenta, considerando imprescindível proceder a uma correta e atenta avaliação dos sintomas que manifesta.

Neste estágio, foi evidente que os sintomas físicos e psicológicos variam de acordo com a singularidade da pessoa e com a patologia associada, podendo destacar-se: de modo geral a dor, a anorexia, a astenia, a fadiga, a caquexia, a diminuição da mobilidade e a perda da autonomia; ao nível psicológico verificou-se a ansiedade, a depressão, a confusão, o delírio e a agitação; a nível gastrointestinal, as náuseas, os vómitos e a obstipação; a nível respiratório, a dispneia, a tosse, o estridor e a farfalheira terminal; a nível cutâneo, as feridas oncológicas, as mucosas secas e desidratadas e mucosite orofaríngea. Neste contexto, tive oportunidade de participar num Workshop de Feridas Malignas que decorreu no dia 06 de junho de 2013, organizado pela coordenação da Unidade de Cuidados Paliativos (Anexo I). Considero ter sido enriquecedor neste meu percurso, tendo apreendido que no cuidado ao doente com feridas malignas, não será objetivo curar a ferida, mas pretende-se fundamentalmente controlar os sintomas associados (como o odor, o exsudado, a dor, a infeção, a hemorragia, o prurido), melhorar a autoestima dos doentes que têm a autoimagem alterada e proporcionar **conforto e qualidade de vida** ao doente e família. Já em 1979, Jean Watson surge com a sua teoria do cuidar, designando o conforto como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa. O conforto é visto como uma variável externa que o enfermeiro pode controlar, de forma a ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz (Apóstolo, 2009). Como refere Dowd (2004), Watson defende a importância do ambiente para o bem-estar físico e mental dos doentes, pois as enfermeiras, através de intervenções ambientais, proporcionavam conforto. As enfermeiras usavam as medidas de conforto como sinónimo de intervenções.

Importa salientar que, raramente estes sintomas aparecem de um modo isolado, sendo frequente a presença de diversos sintomas em simultâneo. Além disso, a combinação e presença de vários sintomas implicam que o enfermeiro cuide, centrando-se naquela pessoa, característica assumida no âmbito da filosofia dos Cuidados Paliativos.

Atendendo à posição que os enfermeiros ocupam no seio da equipa, bem como ao facto de os cuidados de enfermagem comportarem uma maior proximidade com a pessoa em fim de vida, este papel de avaliação de sintomas acaba por ser, essencialmente da responsabilidade do enfermeiro. Assim, neste percurso de aprendizagem consegui identificar os sintomas que a pessoa apresentava, planear e implementar as intervenções mais adequadas e avaliar o resultado dessas mesmas intervenções. Foi imprescindível, portanto, possuir e solidificar conhecimentos específicos face aos sintomas, de modo a intervir de forma autónoma ou interdependente.

De entre os sintomas que as pessoas em fim de vida apresentaram, poderei destacar a dor, quer pela sua presença em quase todos os doentes que prestei cuidados, quer pelas implicações e limitações que podem provocar a quem a experiencia. Na verdade, neste estágio corroborei a ideia de vários autores: a dor consiste num problema de tal modo grave e abrangente que se repercute em todas as dimensões da pessoa.

Cicely Saunders, pioneira do movimento dos Cuidados Paliativos, referiu-se ao conceito de dor total, entendendo-a como o sofrimento global que a pessoa em fim de vida apresenta, já que todas as dimensões – física, psicológica, social, espiritual – se encontram afetadas pela doença (Saunders, 1996). Nesta perspetiva, a dor total comporta a combinação de diferentes tipos de dor relacionados e articulados entre si: a dor física, associada à fisiopatologia da doença, ao seu tratamento, à debilitação progressiva do estado geral; a dor psicológica e emocional, relacionada com o isolamento, o medo, a depressão. Contactei com pessoas que se isolavam de tudo o que as rodeavam, ficando restringidas apenas ao seu quarto e aos cuidados quando interpoladas; a dor social, resultante de relações familiares tensas ou de problemas financeiros; a dor espiritual, inerente a sentimentos diversos como o vazio, a culpa e o arrependimento.

A dor associada a uma doença incurável e progressiva, sobretudo quando a pessoa se encontra em fase terminal, é geralmente uma dor intensa e de carácter duradouro. Na prestação de cuidados percebi que a dor nestas pessoas é um dos vários sintomas que compromete o bem-estar e a qualidade de vida de quem a vivencia. Nesta linha de pensamento, a avaliação da dor e a definição de estratégias para o alívio e gestão são fundamentais. Estas podem ser de carácter farmacológico – em que o alívio ou controlo da dor passa pela seleção de um regime analgésico adequado a cada pessoa em fim de vida; e não farmacológico – através de técnicas diversas como relaxamento, massagem corporal, aplicação de calor.

A abordagem à pessoa em Cuidados Paliativos é efetuada de um modo integrado, holístico e articulado. O processo de cuidados é planeado de um modo conjunto e, face à situação específica da pessoa, cada profissional dá o seu contributo específico, estabelecendo-se um plano de cuidados conjunto, em que, sempre que possível, o próprio doente e família manifestam os seus desejos.

O conforto é uma necessidade de toda a pessoa humana ao longo do processo de vida, na saúde e na doença, e especificamente em grupos de doentes física e socialmente vulneráveis ou fragilizados, como é o caso dos idosos, doentes oncológicos ou doentes em fim de vida. Todo o ato do cuidar em enfermagem está orientado para o bem-estar do doente, mas para que esta

apropriação seja global é preciso que o enfermeiro perceba de que maneira o conforto é percebido nos diferentes contextos bem como os aspetos de conforto que o doente valoriza.

O conforto surge na teoria de Kolcaba como um conceito amplo, com diversas maneiras de intervir para suprimir as necessidades, devendo ser considerada a individualidade e a percepção de cada indivíduo (Dowd, 2004). Torna-se então relevante reforçar a importância do cuidado integral, com vista a conhecer as necessidades específicas das pessoas cuidadas, promovendo intervenções resolutivas, por meio da utilização de tecnologias do cuidado clínico de enfermagem e também da evolução que a ciência tem ao nosso dispor. Mas de acordo com Pacheco (2004, p.46) "...por mais sofisticadas, completas e eficazes que sejam as tecnologias, elas nunca poderão substituir os cuidados prestados por um ser humano a outro ser humano, uma vez que certamente se limitarão aos aspectos biológicos.". Desta forma, o cuidado do enfermeiro torna-se imprescindível na medida em que trata a globalidade da pessoa doente.

De acordo com Apóstolo et al (2006), a pessoa quando está doente sente-se fragilizada, insegura e preocupada com o seu futuro, questionando-se sobre os seus limites, valorizando as pequenas coisas em detrimento de outras. A doença é vista como um desconforto do momento experienciado e leva o doente a repensar os seus valores e as suas capacidades face ao futuro. Tende assim a procurar bem-estar e conforto.

O processo de conforto é, assim, revestido de um carácter intencional. Constrói-se mediante ações e intenções dos enfermeiros/prestadores de cuidados dirigidas ao doente e às suas necessidades globais.

À luz da sua teoria, refere Kolcaba (2003) que o conforto pode ser definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. A mesma autora diz ainda que conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). No desenvolvimento da sua teoria a mesma autora viria a acrescentar que conforto é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 2009). Este é um conceito holístico e multidimensional, traduzindo uma visão global da pessoa cuidada.

Ao abordar os quatro contextos à luz da prática de enfermagem consegue-se facilmente encontrar intervenções de enfermagem capazes de proporcionar conforto ao doente em cada um deles.

Podem-se realçar como cuidados de conforto associados ao contexto físico os cuidados de higiene corporal, manutenção da roupa limpa e sem rugas, manutenção de uma adequada temperatura corporal, o levantar, os posicionamentos, as massagens de bem-estar e conforto e o alívio da dor. O conforto ou o desconforto pode também ser percebido através da observação das fácies do doente e da estabilidade ou instabilidade hemodinâmica. A agitação psicomotora constitui-se habitualmente como um indicador de desconforto físico e/ou psíquico.

No contexto psico-espiritual evidenciam-se aspetos como o apoio e a compreensão, a confiança e o toque como cuidados confortadores ao doente. Estes passam também por estabelecer com o doente uma relação empática e de escuta ativa, esclarecê-lo e tranquilizá-lo

quanto aos seus receios e medos, promover a sua autoestima e providenciar-lhe assistência religiosa.

Associados ao contexto sociocultural, os cuidados de conforto passam por promover a presença da família/pessoa significativa e sempre que possível envolve-la na prestação de cuidados, assim como, se for da vontade do doente, mante-la informada. O Código Deontológico do Enfermeiro refere no seu Artigo 82º alínea b) que o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Face ao contexto ambiental, são cuidados de conforto: promover ambiente calmo e tranquilo, proporcionar momentos recreativos como a leitura ou música preferida, manter junto do doente objetos pessoais relevantes e permitir entrada da luz natural no seu quarto. Durante a noite é fundamental proporcionar um sono tranquilo, pelo que é necessário ter em atenção determinados pormenores como o volume dos alarmes, o momento de troca de seringas e de soros, assim como o tom de voz utilizado nas enfermarias.

É necessário ter em conta que uma enfermaria pode revelar-se para o doente como um ambiente pesado onde há continuamente uma exposição estímulos ruidosos e dolorosos. Trata-se de um ambiente desconhecido que acarreta medo e ansiedade ao doente. Torna-se então de extrema importância que na nossa prática de enfermagem o conceito de conforto esteja bem presente nas mais pequenas coisas, uma vez que nenhum pormenor relativo ao conforto poderá ser alheio da enfermagem.

Este estágio permitiu-me perceber que em Cuidados Paliativos, quando a cura ou o tratamento da doença se afiguram como inviáveis, é necessário considerar que todo o ganho que se obtém está intimamente relacionado com a diminuição do sofrimento e, deste ponto de vista, com a qualidade de vida, o bem-estar e a dignidade da pessoa.

Tive oportunidade de assistir a uma reunião de equipa que na unidade se realiza periodicamente, onde todas as questões relativas ao doente e família, quer sejam do foro físico, psíquico, emocional ou espiritual são discutidas em equipa, participando enfermeiros, médicos, psicólogos, entre outros, com o objetivo de que todas as intervenções tenham como finalidade o seu bem-estar e qualidade de vida.

Este percurso permitiu-me perceber a importância da **família** junto daquele de quem cuidamos, constituindo-se como uma “peça” fundamental para a nossa atuação. O conhecimento correto da família permite-nos identificar precocemente o seu elemento de referência, isto é, o elemento cuidador, que será o elo entre a equipa e os restantes elementos da família.

Na Unidade de Cuidados Paliativos, a presença de um familiar significativo junto do doente é permitida, inclusive durante o período noturno, pois proporciona-lhe sentimentos de bem-estar, segurança e tranquilidade, podendo até minimizar a sua ausência do meio exterior. Sendo a família/pessoas significativas que melhor conhecem o doente, estas desempenham um papel fundamental no processo de cuidados ao doente.

A doença afeta o indivíduo no seu todo - nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual – repercutindo-se na família e nos padrões de interação estabelecidos. Face a isto, os profissionais de saúde e, em particular os enfermeiros, devem procurar compreender e avaliar as necessidades dos familiares e criarem condições para que a família e o doente possam verbalizar os seus sentimentos, receios e angústias (Moreira, 2001).

É na família e com a família que cada pessoa procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo vital. Quando a pessoa doente é hospitalizada, as reações de cada familiar são diferentes e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social da pessoa e com a própria estrutura familiar.

Cada pessoa é única e vive os acontecimentos da sua vida de uma forma singular, também cada família da pessoa em fim de vida deve ser vista num contexto único e diferente de todos os outros (Pacheco, 2002). Assisti a vários mecanismos de defesa adotados pelas famílias, em grande parte relacionados com o tipo de relação que mantinham com a pessoa doente - desde um aumento de convívio e uma certa infantilização do doente, até ao seu abandono, como tentativa de esquecimento e fuga da triste realidade. Deste modo, a adaptação à perda de um familiar é sempre difícil para quem a experiencia, estando relacionada com o grau de maturidade e compreensão existente no seio familiar.

O estabelecimento de uma relação interpessoal e uma boa comunicação entre os elementos da família e da equipa de saúde é imprescindível, para que seja possível detetar e dar resposta às principais necessidades, incertezas e expectativas dos familiares.

Na Unidade existe a realização de reuniões periódicas com as famílias, por parte da equipa multidisciplinar – Conferência Familiar – uma forma estruturada de intervir na família, com o objetivo de promover a adaptação emocional à situação de doença terminal, capacitar para a prestação de cuidados ao doente e preparar para a perda e para a prevenção de um luto patológico. Na perspetiva de Jardim (2006), pretende-se que o processo de luto seja uma forma de adaptação à perda, uma mobilização de mecanismos psicológicos de capacitação à situação, havendo uma interiorização intelectual e emocional do real, ou seja, que haja transferência da vinculação da entidade perdida para memórias que expressam essa mesma vinculação. Para além dos efeitos secundários ao nível comportamental (como choro ou agitação) e fisiológico (como as alterações do apetite e do sono), surgem atitudes de desespero, isolamento social, baixa autoestima ou indiferença, que fazem parte do processo de luto normal. Porém, se o processo de luto não decorre progressiva e harmoniosamente de acordo com a adaptação normal ao processo de perda, este pode tornar-se complicado ou patológico (Barbosa, 2010).

Neste contexto, são clarificados os objetivos dos cuidados, detetam-se e ajuda-se na resolução de problemas, prestando-se apoio e aconselhamento. Segundo Pereira (2010), estas reuniões são uma oportunidade para avaliar a dinâmica da família, proporcionando cuidados antecipatórios e valorização dos sentimentos da família face à perda. Considero estas reuniões como uma mais-valia no processo de cuidados, na medida em que possibilitam o planeamento e as intervenções adequadas face às necessidades das famílias.

Neste contexto de cuidados, também as famílias têm necessidades que têm que ser identificadas de forma a poder dar-lhes as respostas mais adequadas. Estas necessidades estão muitas vezes ligadas a sentimentos de perda e á dificuldade de adaptação a esse processo de perda. Dadas as especificidades de cada pessoa e as características de cada família, estes acontecimentos são vividos de formas diferentes, daí que seja necessário estar atento às diferentes necessidades e atuar de forma individualizada (Barbosa et al, 2006). A intervenção junto das famílias requer competências essencialmente ao nível relacional e da comunicação.

Por outro lado, uma Unidade de Cuidados Paliativos é um local, que por si só causa “stress” aos doentes e família (Dinis, 2006). É um local onde o enfermeiro pode ter um papel fulcral ao estabelecer uma relação empática, quer com o doente quer com a sua família. É importante que o enfermeiro saiba estar para saber fazer, ou seja, saber ouvir as manifestações apresentadas pelo doente e família para conseguir agir e estabelecer uma relação de ajuda, através de uma comunicação verbal e/ou não verbal adequada e eficaz.

Uma competência que senti mais necessidade de desenvolver foi a de comunicação com as famílias em sofrimento, que estão a vivenciar processos de perdas. Algumas situações experienciadas com famílias em luto constituíram-se momentos difíceis de suportar, às vezes dominados por emoções, deixando-me uma sensação de impotência e de incapacidade de resposta.

A autêntica comunicação implica disponibilidade e atenção, bem como uma capacidade efetiva para se conseguir uma codificação e descodificação exata da mensagem, de modo a conseguir o impacto pretendido. Todos os comportamentos do enfermeiro perante a pessoa em fim de vida são comunicação. Saber escutar de forma atenta, global, constante e pacífica é tão importante como o falar. A procura progressiva de uma aproximação, de estar atento para que o diálogo seja positivo, o uso de perguntas abertas, a síntese dos pontos mais importante da conversa são algumas estratégias apontadas por Lima (2006) e Pacheco (2002), e que usei e solidifiquei neste estágio, para que a comunicação eficaz fosse conseguida.

Existem alguns aspetos importantes, necessários de serem salvaguardados quando comunicamos, como selecionar o local e momento oportuno, descobrir o que a pessoa em fim de vida e a sua família sabem e o que desejam saber, partilhar a informação, fazendo perguntas abertas, permitir a expressão de sentimentos e atender às expressões faciais.

Para aprofundar conhecimentos sobre o papel do enfermeiro perante a família do doente em situação paliativa, recorri á pesquisa bibliográfica, considerando pertinente a elaboração de um trabalho sobre esta temática, que intitulei “Cuidar da Família em Cuidados Paliativos” (Apêndice I). Estas famílias necessitam de cuidados diferenciados, pelo que compete ao enfermeiro especialista, que possui um conjunto de conhecimentos e competências específicas, intervir junto da mesma na promoção do seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

Outro objetivo específico que delinee para este estágio foi **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa e sua família através da sensibilização da equipa de enfermagem sobre a importância do sorriso como estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem.**

Com base na revisão sistemática da literatura sobre o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem que realizei, apresentada anteriormente no capítulo 1, pude concluir que o sorriso se assume como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados.

No estudo realizado Ribeiro (2012) com idosos em contexto hospitalar, que visava compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso, ficou patente que o sorriso foi utilizado com frequência na interação entre os prestadores de cuidados e a pessoa cuidada como expressão de simpatia, alegria ou ainda em situações de maior tensão, no sentido de serem aligeiradas. Para a autora “um sorriso atrai outros sorrisos” (p.285). Assim, apresenta o sorriso como uma estratégia confortadora. Refere-se ao sorriso como uma forma de comunicação não verbal importante pelo afeto caloroso que transmite à pessoa. A expressão facial nem sempre mostra do verdadeiro estado emocional e sentimental da pessoa que a manifesta, no entanto é fundamental valorizar as expressões faciais na interação desenvolvida entre os enfermeiros e os seres cuidados, dado que comumente as emoções são demonstradas desta forma. A mesma autora defende que esta forma de comunicar é influenciada pela relação construída com a outra pessoa, sendo uma demonstração da aceitação.

A confiança e a cooperação mútuas no processo de interação entre os enfermeiros e os doentes podem ser veiculadas através de um simples sorriso, dada a relevância que a comunicação não verbal tem na relação de ajuda. O sorriso surge assim como um processo eficaz na relação de ajuda, na medida em que complementa e dá mais sentido às palavras que são proferidas, tendo em conta que as expressões faciais, os gestos, o sorriso, exprimem mensagens que completam as mensagens transmitidas pelas palavras.

Neste sentido, realizei um estudo exploratório sobre a perceção dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem, através da aplicação de um questionário (Apêndice II) com prévia autorização da enfermeira diretora (Anexo II), e sua análise (Apêndice III).

Através deste estudo pude constatar que a perceção da maioria dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos que participou neste estudo corrobora com os resultados apresentados na revisão sistemática da literatura, sendo assim significativo o grupo de enfermeiros que atenta o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem.

No sentido de fundamentar cientificamente estes resultados e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa e sua família, realizei, mediante um plano estruturado (Apêndice IV), uma ação de sensibilização dirigida à equipa de enfermagem sobre esta temática (Apêndice V), assim como um *poster* alusivo à revisão sistemática de literatura realizada (Apêndice VI), que ficou fixado na sala de reuniões do serviço.

A atividade supra mencionada foi realizada no dia 18 de Junho de 2013, na sala reuniões do serviço. Esta foi dirigida á equipa de enfermagem, onde estiveram presentes 11 participantes e teve a duração de cerca de 10 minutos. A sessão consistiu em apresentar a revisão sistemática da literatura assim como os resultados obtidos no estudo exploratório elaborado com a equipa, que, como já referido, corroboram com os resultados da revisão sistemática da literatura. Esta explanação foi realizada através do método expositivo, com apresentação em *Power Point*. A equipa demonstrou interesse pelo tema, mostraram-se atentos e recetivos à ação de sensibilização. Com a aplicação de um questionário para avaliação da ação de sensibilização (Apêndice VII), que pretendia avaliar o grau de satisfação dos participantes, pude constatar que, maioritariamente, a equipa ficou muito satisfeita relativamente aos objetivos, conteúdo e expectativas da ação de sensibilização sobre a importância do sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados, tal como se pode constatar pela análise posteriormente realizada (Apêndice VIII). Desta forma, considero ter sido importante e útil a ação realizada, uma vez que se criou um momento reflexivo sobre a temática e ainda porque pude constatar que os profissionais consideram importante e adotam o sorriso na sua prática de cuidados, de forma a prestar cuidados de enfermagem mais humanizados.

Tal como refere Osswald (2004), o sorriso, assim como a empatia e a compaixão são complementos da qualidade profissional e técnica para uma atitude humanizadora.

Tendo em conta o estudo exploratório realizado na Unidade de Cuidados Paliativos, considero ter promovido a investigação em serviço na área de especialização, sendo esta uma competência a desenvolver no âmbito da especialidade, segundo o Plano de Estudos do curso.

Da revisão sistemática de literatura que serviu de base a este estudo exploratório, está a ser realizado um artigo para posterior publicação. Também este estudo exploratório está a ser trabalhado para publicação através de artigo. Pretendo ainda, se oportuno, apresentar o *póster* realizado num congresso a decorrer. Desta forma, serão comunicados os resultados da prática clínica e de investigação aplicada, conforme contempla o Plano de Estudos relativamente às competências a desenvolver na área da especialidade.

Considero que a complexidade que os Cuidados Paliativos comportam, exige uma formação adequada e o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanas e éticas, no sentido de dar resposta às múltiplas necessidades dos doentes e suas famílias, sendo que este estágio me permitiu o desenvolvimento das mesmas.

2.2 – MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio Módulo II - Cuidados Intensivos foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos dum hospital privado em Lisboa, no período compreendido entre 23 de setembro de 2013 e 16 de novembro de 2013.

O estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos permitiu **desenvolver competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados**

especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família, tendo sido este o objetivo geral delineado para este estágio.

Neste estágio tinha como objetivo específico **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família**, sendo que para o atingir desenvolvi várias atividades.

Para a consecução dos objetivos propostos é necessário um conhecimento efetivo da realidade do serviço. Então, no início do estágio, para me integrar no âmbito da prestação dos cuidados nesta unidade foi essencial consultar a documentação existente no serviço, nomeadamente os protocolos e normas, assim como bibliografia disponível, que norteiam a prestação de cuidados de enfermagem. Também todo o processo de integração pela equipa e principalmente pelo orientador de estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências nesta área. O início de um estágio, num serviço que não se conhece, com pessoas que nos são estranhas e não sabemos como nos irão receber, é sempre acompanhado de algum constrangimento, que só pode ser ultrapassado com um período de adaptação que eu considero ter sido eficaz. Foi evidente a eficácia da intervenção da equipa de enfermagem, e de alguma forma também da equipa multidisciplinar, que se mostrou recetiva para qualquer necessidade e esclarecimento de dúvidas. Só desta forma se consegue um bom ambiente de trabalho que permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Relativamente à caracterização da UCI onde realizei o estágio, esta compreende 8 camas monitorizadas centralmente em quartos individuais, proporcionando a privacidade e o conforto aos doentes e suas famílias. Esta unidade permite um acompanhamento familiar prolongado, no período das 11h às 21h, podendo permanecer duas visitas de cada vez.

Fisicamente, esta unidade apresenta uma estrutura muito acolhedora e agradável, incluído uma sala de espera para visitas e iluminação natural. Além disso, possui condições tecnológicas avançadas, onde todas as boxes estão equipadas com monitores, sistemas de infusão e perfusão, ventiladores, possibilitando o registo contínuo dos parâmetros monitorizados. Estes equipamentos acompanham o doente sempre que este tenha que ser transferido da unidade para outro serviço do hospital, garantido assim a sua segurança e conforto durante o transporte. Existe ainda um quarto de isolamento e duas das boxes estão equipadas para receber doentes para realização de hemodiálise. Esta é uma unidade polivalente que recebe doentes do foro médico e cirúrgico (predomínio de cirurgia cardíaca e neurocirurgia).

O início do estágio em Cuidados Intensivos ficou marcado por uma vasta preocupação em adquirir e aprofundar conhecimentos e competências para dar resposta aos doentes críticos internados nesta Unidade. Deu-se início a um desafio. A inquietação em “querer saber tudo” para cuidar de cada doente na sua especificidade, envolto numa panóplia de tecnicismos dos quais depende a sua vida, tomou rumo ao estruturar os conhecimentos detidos, tendo oportunidade de os consolidar perante as situações que foram surgindo e investindo em “trabalho de casa” através da pesquisa bibliográfica. Procurei estar desperta para todos os momentos de aprendizagem para prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente com estado de saúde crítico ou potencial risco e suas famílias.

Foi importante começar por identificar o doente de cuidados intensivos. Estes são doentes de alto risco, com problemas ameaçadores à vida, existentes ou potenciais. Os doentes mais críticos exigem cuidados de enfermagem mais atentos e permanentes. (Urden et al, 2008).

Também foi essencial conhecer o papel da enfermagem em cuidados intensivos. A identificação das necessidades do doente e da família pelo enfermeiro permite a elaboração do processo de enfermagem, ou seja, o método de tomada de decisões clínicas. Podem assim ser planeadas intervenções de enfermagem autónomas para lhes dar resposta. Por outro lado, através da interdependência com os outros profissionais de saúde, reúnem-se esforços de colaboração e de intercâmbio de conhecimentos e ideias sobre a prestação de cuidados que se evidencia na qualidade dos resultados para o doente.

Para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família, foi necessário planear e prestar cuidados de enfermagem de acordo com os problemas detetados à pessoa, avaliando a eficácia das intervenções e fundamentando sempre a prática com base na evidência. Neste sentido, ao prestar cuidados baseados na investigação, as intervenções realizadas são consistentes e com resultados positivos, ou seja, obtém-se uma melhor prática, cujos dados utilizados são válidos e fiáveis e culminam em cuidados de qualidade, tal como referem Urden, et al (2008).

Consciente de que na enfermagem, além de ser necessário desenvolver conhecimento para oferecer a melhor resposta à doença, é essencial desenvolver capacidades para dar resposta às necessidades pessoa que está doente, os enfermeiros de cuidados intensivos devem estar despertos para a humanização dos cuidados. Consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que os enfermeiros, no exercício profissional, se regem por princípios humanistas que determinam a boa prática de enfermagem. Os enfermeiros, na sua prática, têm sensibilidade para lidar com as diferenças de cada pessoa e prestar os cuidados adequados com vista à sua satisfação (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A prestação de cuidados especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família exigiu uma constante reflexão sobre a prática. Isto significa que tive necessidade de refletir nos cuidados prestados para prestar melhores cuidados. Pois, à luz do que é escrito pela Ordem dos Enfermeiros (2001, p.7) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados.”

Sendo o meu orientador enfermeiro especialista e chefe de equipa, responsável pela gestão dos cuidados, essencialmente nos turnos da tarde e de fim-de-semana, em que o enfermeiro chefe não está presente, procurei estar atenta à forma como liderava a equipa e desenvolvia a tarefa de gestão de cuidados. Neste contexto, tive a perceção das tomadas de decisão constantes e indispensáveis para a melhoria da prestação de cuidados e para a dinâmica harmoniosa da equipa multidisciplinar, o que contribui para o desenvolvimentos de competências na área da gestão e da liderança. De acordo com as competências do enfermeiro especialista, a qualidade dos cuidados emerge da sua capacidade de liderança e de gestão dos cuidados.

O cuidado inicia-se na liderança em enfermagem, sendo necessário que este seja incluído inicialmente nas relações entre os próprios profissionais, para que não haja obstáculos na prática diária da prestação de cuidados à pessoa. O enfermeiro líder deve, para tal, desenvolver o pensamento crítico constantemente e procurar manter a motivação dos elementos da equipa, tendo a capacidade de resolver ou suprimir os obstáculos que possam existir dentro da equipa, para que esta permaneça psicologicamente preparada para prestar o cuidado de forma autêntica. É importante haver uma comunicação eficaz dentro da equipa, pois, tal como defendem Trevizan et al (1998, pág.78), a comunicação visa “provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional.”. Através da comunicação, o líder pode influenciar escolhas, e assim impulsionar os profissionais a serem o melhor que possam ser.

Se o líder intervir no sentido de os demais elementos se sentirem importantes dentro da equipa, encorajando, apreciando e reconhecendo o seu trabalho, vai-se refletir na qualidade dos cuidados prestados. Para Sousa et al (2009) é dever do líder proporcionar condições para que as pessoas possam distinguir-se, promovendo a autorreflexão, estimulando ao pensamento crítico, contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional. Sendo para isso crucial identificar as necessidades para que os profissionais se desenvolvam e realizem dentro da equipa.

A qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão, sendo que, segundo o artigo 7º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este possui competências do domínio da gestão dos cuidados, conforme explicita a Ordem dos Enfermeiros (2010).

Nos termos da alínea a) deste artigo o enfermeiro especialista “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.”. Cabe a este realizar a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e a equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas.

Nos termos da alínea b) deste artigo o enfermeiro especialista “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.”. Na gestão de cuidados, adequa os recursos às necessidades dos cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados. Cabe-lhe assim: otimizar o trabalho da equipa utilizando os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; adaptar o estilo de liderança de forma a favorecer a melhor resposta do grupo e dos indivíduos, reconhecendo e compreendendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática, aplicando estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, adaptando o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às circunstâncias, e usando os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

O enfermeiro especialista é assim, junto dos outros elementos da equipa, o grande impulsionador da qualidade de cuidados.

Outro objetivo específico que defini para este estágio foi **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família através da sensibilização da equipa de enfermagem para a importância do acolhimento à família e pessoas significativas na UCI, como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados.**

Este percurso permitiu-me perceber que o ambiente de cuidados intensivos é determinado pela alta tecnologia, sendo essencialmente dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. Desta forma, a atenção foca-se muitas vezes na tecnologia e nos tratamentos necessários para manter a estabilidade fisiológica do doente. Verifica-se um grande empenho nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas. Sendo esta vertente da enfermagem de cuidados intensivos importante para dar resposta ao doente crítico na sua dimensão fisiológica, não devem ser descuradas as suas outras dimensões, as psicossociais. Assim, considero que o enfermeiro em cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas ao doente e sua família. Tal como referem Urden et al (2008), a presença física e emocional, as interações humanas e o reconhecimento da individualidade do doente permitem o verdadeiro cuidado. Portanto, o cuidado holístico focaliza-se na integridade humana e contempla o corpo, a mente e o espírito como interdependentes e inseparáveis, pelo que é necessário considerar todos estes aspetos ao planear e prestar cuidados.

A teórica Jean Watson vem de encontro a esta conceção, afirmando que a prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do corpo humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é por isso complementar à ciência do curar. A enfermagem combina a orientação humanista com a ciência concernente (Neil, 2004).

A pessoa doente não deixa de ser pessoa com direitos e deveres, pertencente a uma família e comunidade, detentor de uma dignidade e respeito que lhe são próprios, só porque adquiriu o estatuto de doente. O artigo 89º - Da humanização dos cuidados, alínea a), do Código Deontológico do Enfermeiro contempla que “O enfermeiro, sendo o responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”.

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (2003) expõe o conceito humanizar como “tornar mais humano” no âmbito da prática profissional, que implica uma ligação entre as pessoas, no caso entre o enfermeiro e a pessoa / família. Sendo responsável pela humanização dos cuidados, o enfermeiro deve atender com cortesia e benevolência, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda. Os cuidados de enfermagem envolvem comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos e técnicas

permitem capacitar e ajudar a pessoa, família ou comunidade a manter ou melhorar uma condição ou estilo de vida saudável. Para que façam sentido e tenham valor, os cuidados têm que considerar a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. Os cuidados têm que fazer sentido quer para quem os presta quer para quem os recebe, têm que ser orientados pelo profissional, têm que ter uma razão de ser, têm que ser oportunos. É necessário clarificar o que tem sentido e que contribui para dar sentido à vida daquele a quem são prestados os cuidados.

A pessoa é, portanto, o centro de ação do enfermeiro e a relação o seu principal instrumento. Assim, da humanização flui a qualidade do atendimento global à pessoa / família.

Como já foi falado, a família assume especial importância junto daquele de quem cuidamos. Na relação de cuidados desenvolve-se um triângulo interativo entre o enfermeiro a pessoa doente e a família. A doença é um acontecimento na vida das pessoas que não ocorre de forma isolada, mas que as afeta e às suas famílias de diversos modos. Sobretudo as doenças mais graves e que levam ao perigo de vida provocam alterações emocionais e comportamentais como ansiedade, choque, negação, raiva e isolamento. Na família surge a preocupação com a gravidade da doença, com o sofrimento do seu ente e com a possível morte. Consequentemente, a família manifesta com frequência sentimentos de medo, insegurança, desamparo, vulnerabilidade, frustração e depressão. A hospitalização e a doença provocam nas famílias grandes alterações no seu modo de viver, nas suas normas e regras, nos seus estilos e rituais, implicando uma redistribuição de papéis ou uma concentração das responsabilidades. Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa doente e sua família a gerir as tensões que decorrem do processo de internamento (Costa, 2004).

A família é parte estruturante da pessoa doente e como tal, também é alvo dos nossos cuidados. Como tal, também as suas necessidades têm de ser levantadas de modo a serem prestados cuidados de enfermagem eficazes. Neste sentido, quando o seu familiar é recebido numa unidade de cuidados de saúde, especificamente em cuidados intensivos, predominam nestas sentimentos de dúvidas, preocupações, angústias e receios. Importa, na admissão de um doente na unidade de cuidados intensivos, fazer um adequado acolhimento à família, de forma a clarificá-la e tornar todo o ambiente o mais familiar possível. Pretende-se, na relação com os familiares, o seu bem-estar e que estes percebam que podem encontrar na equipa de enfermagem possibilidades de ajuda e suporte.

Portanto, na relação que se estabelece com os familiares, o enfermeiro avalia as suas necessidades, estas que, segundo estudos já realizados, são geralmente de apoio, de informação acerca do estado do doente, de orientação para o ambiente e para o equipamento. É de referir que ao acolher os familiares dos doentes, os profissionais devem prepará-los para o que estes vão observar quando forem visitá-los, sendo necessário dar-lhes uma ideia geral do que os espera e explicar-lhes para que servem os vários monitores, alarmes, sondas e luzes. Ao dar aos familiares uma ideia básica do equipamento e do seu funcionamento, a UCI é desmistificada, o que, por seu turno, deverá reduzir o fator medo (Beccaria et al, 2008; Frizon et

al, 2011; Gotardo et al, 2005; Maestri et al, 2012; Martins et al, 2008; Silva et al, 2010; Urden et al, 2008).

À luz do que referem Frizon et al (2011), o enfermeiro deve ser acessível, perceptivo, disponível e estar preparado para responder às necessidades referidas pelos familiares relacionadas com aquela experiência de internamento em ambiente crítico. Assim, a família deve ser vista como foco de cuidado e não como apêndice do seu familiar doente. O acolhimento ao familiar no momento do internamento nestas unidades permite um contacto individualizado e desta forma a prestação de cuidados de enfermagem humanizados.

Para a família é tranquilizador saber que o enfermeiro se preocupa com o seu familiar doente e com os problemas subjacentes.

Uma comunicação eficaz e a relação de ajuda estabelecida com a pessoa doente e sua família são elementos chave para o cuidado de enfermagem, pois só assim é possível conhecer realmente as suas necessidades, de que forma a doença os afeta e poder prever o processo de adaptação à realidade pós doença.

Perante conversações informais e observação da prática, considerei importante delinear um projeto de intervenção nesta área, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, para conhecer a prática documentada de enfermagem na unidade no que concerne ao acolhimento à família, foi feita uma análise dos registos de enfermagem (Apêndice IX).

Neste contexto, segundo Martins e Amaro, et al (2008), os registos de enfermagem devem contemplar a informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a continuidade de cuidados: quem visitou a pessoa, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Não podemos assim esquecer que os registos são o testemunho da nossa prática do cuidar.

Posteriormente foram apresentados os resultados obtidos, mediante um plano estruturado (Apêndice X), em contexto de ação de sensibilização para a importância do acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI (Apêndice XI).

A atividade supra mencionada realizou-se em dois momentos, no dia 8 e 12 de Novembro de 2013, na sala reuniões do serviço. Esta foi dirigida á equipa de enfermagem, onde estiveram presentes 6 participantes em cada momento e tiveram a duração de cerca de 20 minutos.

A sessão consistiu em apresentar a revisão da literatura sobre o acolhimento dos familiares na UCI confrontando com a norma do serviço (Anexo III) que também se encontra de acordo com a evidência científica e com os últimos estudos realizados, assim como os resultados obtidos através da consulta dos registos de enfermagem realizados num período estabelecido. Esta explanação foi realizada através do método expositivo, com apresentação em *Power Point*. Os resultados obtidos através da consulta dos registos demonstraram que esta prática está pouco documentada. Chegou-se à conclusão durante a discussão que se torna urgente a adoção de estratégias para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados à família do doente internado em UCI. A equipa demonstrou interesse pelo tema, participando na discussão e

mostraram-se atentos à ação de sensibilização. Tendo em conta o grau de participação dos presentes e o debate gerado após a exposição dos resultados e do tema em questão, considero que a ação de sensibilização provocou o efeito de reflexão na equipa sobre a importância do acolhimento da família na UCI e que esta ficou mais desperta para este cuidado.

No sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, elaborei também um *poster* (Apêndice XII) contemplando informação de acolhimento aos familiares, como proposta para aplicar na sala de espera da unidade, no sentido de estes se irem familiarizando com o que vão encontrar.

Posto isto, concordo com a ideia de Costa (2004, p. 79) que defende que “Aprender a interagir com os doentes e suas famílias, apesar de ter algo inato na pessoa humana (...), tem também muito de construído. Aprender a ser e a estar em cuidados de enfermagem é uma tarefa de todos os dias; o esforço de cada um é fundamental para o sucesso desta construção profissional.”.

Considero, desta forma, que o estágio de Cuidados Intensivos me permitiu o desenvolvimento de competências prestação de cuidados especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família.

Levo bem patente deste estágio que, apesar de um doente de cuidados intensivos depender do tecnicismo para manutenção da sua vida, o cuidar exige mais que um saber técnico, pois para prestar o verdadeiro cuidado é necessário estar desperto para todas as vertentes do doente. E a enfermagem é isso mesmo, ou então seríamos meros técnicos.

2.3 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio Módulo I – Serviço de Urgência foi realizado no AMP dum hospital privado em Lisboa, no período compreendido entre 18 de novembro de 2013 e 31 de janeiro de 2014.

O objetivo geral delineado para este estágio passou por **desenvolver competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente urgente / alto risco e sua família.**

Prestar cuidados de enfermagem especializados doente urgente / alto risco e sua família foi um objetivo específico a que me propus neste estágio. Assim, no sentido de atingir os objetivos traçados, foram várias as atividades desenvolvidas.

À semelhança dos estágios anteriores, nas primeiras semanas as atividades desenvolvidas passaram essencialmente por integrar-me na equipa, conhecer a estrutura física, compreender as dinâmicas de funcionamento e organização do serviço, conhecer o papel dos enfermeiros e conhecer de normas e protocolos. Também neste contexto a receção da equipa de enfermagem, que se revelou acolhedora, com espírito de grupo e interajuda, foi essencial para o processo de integração na mesma, assim como na adaptação ao espaço físico e na orientação nos diferentes sectores.

Foi importante começar por perceber que, sendo o AMP um serviço de urgência, este visa dar resposta a todas as situações não programadas, dispondo de todos os meios necessários para prestar assistência a doentes em estado grave, através de um conjunto de serviços clínicos diferenciados, com apoio tecnológico avançado.

O AMP encontra-se estruturado e equipado para prestar cuidados de saúde a adultos e crianças. As áreas são individualizadas, existindo zonas comuns e estão definidos circuitos independentes. Tendo sido o estágio realizado na área do adulto, importa focar no circuito do doente adulto. Assim, para a prestação de cuidados ao doente adulto urgente, o AMP dispõe de uma sala de espera exterior, sala de triagem, cinco gabinetes médicos, sala de tratamentos, sala de espera interna, sala de observações com seis unidades, sendo uma preparada para isolamento. Dispõe ainda comumente de uma sala de reanimação, uma sala de gessos e uma sala de pequena cirurgia. Depois de feita a admissão, os doentes aguardam na sala de espera exterior até que sejam chamados para a sala de triagem. Consoante a situação, podem ser encaminhados para diferentes destinos: novamente para a sala de espera até que sejam chamados pelo médico; para a sala de espera interna, se se tratar de uma situação que requeira alguma vigilância enquanto esperam pela observação médica; ou diretamente para a sala de observações (SO), se instáveis e de acordo com decisão médica imediata. Depois de observados pelo médico, podem ser encaminhados para realização de meios complementares de diagnóstico ou para a sala de tratamentos para administração de terapêutica ou realização de colheitas. Posteriormente o médico decide se o doente reúne condições para alta se necessita de vigilância em SO. O tempo de permanência em SO vai até 8h, podendo o doente ter alta ou ser transferido para outros serviços, como para internamento, para Bloco Operatório ou para Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios intra-hospitalar, ou ser necessária transferência extra-hospitalar quando burocraticamente não é possível ficar neste hospital.

No caso de doentes mais urgentes, que se encontrem instáveis, em condição de risco de vida, entram diretamente para a sala de reanimação, onde são imediatamente estabilizados e posteriormente encaminhados para SO, para a UCI, para o Bloco Operatório, ou transferidos para serviços extra-hospitalar, mediante os casos.

Também foi, de igual modo, essencial conhecer o papel da enfermagem em urgência. Tive oportunidade de passar pelos diferentes sectores, nomeadamente pela triagem, sala de tratamentos e SO, no entanto foi predominantemente na Sala de Observações que desenvolvi o meu percurso, tendo em conta o meu projeto de estágio.

Neste contexto tive oportunidade de prestar cuidados a doentes urgentes que apresentavam diversos sintomas. Do ponto de vista fisiológico era necessário tratar esses sintomas e rapidamente serem realizados uma série de exames auxiliares de diagnóstico para se estabelecer um diagnóstico. É de referir que cuidei de doentes com patologias que não estava tão familiarizada por não serem comuns na minha prática clínica, o mesmo se refere a diversos exames auxiliares de diagnóstico a que eram submetidos. Daí ter sido necessário um investimento na pesquisa sobre as temáticas, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente urgente com base no conhecimento científico. Assim, considero que

esta constante atualização de conhecimentos e as experiências vivenciadas contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas nesta área.

Tive assim oportunidade de planejar e prestar cuidados de enfermagem de acordo com os problemas detetados à pessoa e avaliar a eficácia das intervenções implementadas, suportando sempre a prática na evidência. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.12) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem explica que “No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

Contudo, como o cuidar de enfermagem é complexo, exige além dos conhecimentos científicos e da apropriação dos meios tecnológicos, capacidade para entender o ser cuidado na sua globalidade. Assim, as necessidades do doente e da família têm de ser identificadas pelo enfermeiro para que possa ser elaborado o processo de enfermagem. São planeadas intervenções autónomas e interdependentes para lhes dar resposta, com vista à prestação de cuidados de qualidade. Conforme descrito no documento supracitado, a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional.

Sendo a minha orientadora de estágio chefe de equipa, esta desempenhava funções de coordenação de enfermagem, e uma vez que a sua prestação era um referencial na minha prestação de cuidados, permitiu-me reconhecer competências e desenvolver capacidades que no contexto me permitem liderar equipas de prestação de cuidados, exercer supervisão do exercício profissional e realizar a gestão dos cuidados na área de especialização, sendo estas competências contempladas no Plano de Estudos de Curso.

Durante o estágio pude constatar que o enfermeiro chefe de equipa assume a responsabilidade da coordenação de doentes e recursos humanos durante o turno no SO. Da mesma forma, é da sua responsabilidade a organização e a coordenação dos cuidados de enfermagem, bem como a coordenação de assistentes operacionais. A par das funções de coordenação, cabe ao enfermeiro chefe de equipa providenciar os meios necessários aquando da alta ou internamento dos doentes. Se o doente tem alta para o domicílio são contactados os familiares, fornecidos os exames auxiliares de diagnóstico e os seus pertences que se encontram espoliados. Se a situação clínica do doente exigir internamento, este contacta previamente o serviço de internamento e gere a sua transferência.

A coordenação do serviço envolve também toda a gestão de materiais e equipamentos necessários ao bom funcionamento do serviço e fica à responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa. É também função deste o apoio à sala de emergência, quando é assistido algum doente. Tratando-se de um elemento experiente é fundamental a sua orientação da equipa e no providenciar dos meios necessários de assistência.

Não haja dúvidas que as equipas multidisciplinares são essenciais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, mas às equipas multidisciplinares são fundamentais os

enfermeiros, porque somos nós que estabelecemos o elo de ligação entre o doente e os demais profissionais de saúde. A par da prestação de cuidados compete-nos a nós igualmente gerir. Gerir recursos, gerir cuidados, gerir materiais e o mais difícil gerir pessoas.

Na gestão de cuidados é fundamental o saber científico, técnico e relacional para o desenvolvimento na equipa da capacidade de pensamento crítico sobre as suas práticas, permitindo-lhe por um lado a sua compreensão e pelo outro efetivar a mudança necessária para a melhoria da qualidade dos cuidados. Também importante é orientar e supervisionar os assistentes operacionais nas tarefas que estes desenvolvem. Uma atividade fundamental no chefe de equipa é ainda a gestão de conflitos.

Na gestão de recursos humanos é necessário rentabilizar os recursos durante o turno, mobilizando o pessoal entre sectores, estabelecendo prioridades conforme as necessidades dos doentes e, por outro lado, promover o bom funcionamento e as boas relações interpessoais da equipa de enfermagem e entre esta e a equipa multidisciplinar, de modo a que estas contribuam indiretamente para a relação estabelecida com os doentes.

Defini ainda como objetivo específico para este estágio, **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente urgente / alto risco e sua família através da sensibilização da equipa de enfermagem para estratégias de comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados.**

O serviço de urgência é um local, que por si só causa “stresse” aos doentes, que a ele recorrem. É um local onde o enfermeiro pode ter um papel fulcral ao estabelecer uma relação empática, quer com o doente quer com a sua família. Neste serviço é importante que o enfermeiro saiba “saber estar” para “saber fazer”, ou seja, saber ouvir as manifestações apresentadas pelo doente para conseguir agir e estabelecer uma relação de ajuda, através de uma comunicação verbal e/ou não verbal adequada e eficaz.

É necessário termos consciência que a situação de doença conduz a pessoa a um estado de vulnerabilidade, hipersensibilidade e fragilidade pois toda a sua vida mudou, pelo menos temporariamente. Os doentes são muitas vezes afastados dos seus familiares, parentes e amigos, para estarem num ambiente desconhecido, amedrontador e considerado impessoal e frio. Ficam rodeados por um ambiente em que tudo é novo e desconhecido, atendendo a que à sua volta só veem meios técnicos necessários para situações de urgência ou emergência, observam práticas mais ou menos agressivas, executadas pelos profissionais de saúde que permanecem numa azáfama constante, fazendo o doente sentir-se reduzido a um simples objeto, mais ou menos vulnerável, para além de estar em causa o seu direito à privacidade.

Apesar da ansiedade, do medo e da incerteza não serem facilmente controláveis, o doente, com a ajuda dos profissionais de saúde, pode desenvolver estratégias adequadas no sentido de enfrentar e ultrapassar as formas de insegurança e de angústia vividas num serviço de urgência, conseguindo forças para a mudança.

É importante que o doente se sinta seguro e confiante em relação aos profissionais de saúde e aos cuidados. Assim, o enfermeiro pode contribuir para minimizar o sentimento de despersonalização e de perda da identidade, sentida pelo doente na urgência.

Como referem Dal Pai et al (2005) e Andrade et al (2009), o doente/família em contexto de urgência, quase sempre em situação crítica, encontra-se geralmente em estado de bastante ansiedade e stress, num ambiente desconhecido e temido, requerendo portanto mais atenção em aspetos como a interação e a comunicação.

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente. Torna-se clara, portanto, a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste sentido, a comunicação é um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional. É a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro – doente/família, é através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos.

Para Phaneuf (2005), a comunicação é um processo complexo, sendo uma tentativa de criar “um laço de reciprocidade” entre duas pessoas. Comunicar consiste em exprimir e em permitir ao outro fazê-lo, implica que se tenha a capacidade de perceber, escutar e ouvir o outro, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam no recetor. Comunicar significa estar em correspondência com o outro.

A comunicação é essencial para ajudar na resolução dos problemas que cada pessoa apresenta, para dar resposta às suas necessidades. Como afirma Costa (2004), a comunicação além de uma ferramenta terapêutica a incluir no plano de cuidados, é também uma atitude profissional que promove autonomia, confiança, alegria e felicidade.

Silva (2002) faz referência a um estudo realizado com pessoas hospitalizadas com o objetivo de perceber o que entendem por cuidar. Refere que quando os doentes revelam o que compreendem como cuidar, lembram como se deve comunicar com eles. Apontam para a importância da comunicação não verbal, uma vez que a linguagem do corpo fala o que, muitas vezes, a própria fala não diz. Dão a entender que cuidar é muito mais do que um ato ou técnica, que cuidar é uma atitude, é a forma como se apresenta ao outro e como se consegue compreendê-lo enquanto ser humano e não somente enquanto ser doente.

A pessoa em estado de doença está peculiarmente vulnerável e o enfermeiro que contacta com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mormente pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras, nos seus gestos e nas suas expressões faciais (Santos et al, 2005). Silva (2002) acrescenta que a postura, a atitude e as mensagens que o enfermeiro passa através do seu comportamento influenciam a relação com a pessoa cuidada, é isso que faz com que siga ou não as orientações que lhe são dadas, que adiram a um tratamento e aceitem ou não um procedimento.

A comunicação é um importante aspeto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade. Para se prestar o cuidado emocional, é necessário que o enfermeiro seja bom ouvinte, expresse um olhar atencioso e empático, expresse um

sorriso, como meio de confortar e ajudar a recuperar a autoestima da pessoa doente/família, cujo cuidado emocional é extremamente importante para a melhoria da sua qualidade de vida (Oriá et al, 2004).

Costa (2004) refere que na relação comunicativa, a comunicação verbal e não verbal são utilizadas como estímulo a doentes em situação crítica. Acrescenta ainda que deve ser utilizada comunicação não verbal que demonstre interesse e disponibilidade.

A comunicação é assim um importante veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Travelbee, no Modelo de relação Pessoa-a-Pessoa, descreve a comunicação como um processo possibilitador de uma relação pessoa a pessoa. Para a teórica, esta relação consiste numa ou mais experiências entre a enfermeira e o ser cuidado, sendo o meio através do qual é atingido o propósito da enfermagem, ou seja, “assistir o indivíduo, família ou comunidade na prevenção ou a lidar com a experiência da doença e do sofrimento, e se necessário, encontrar algum sentido nestas experiências” (Tomey, 2004, p. 468).

À luz deste modelo, a relação pessoa a pessoa é conseguida quando a enfermeira e o recetor de cuidados atingem a harmonia. Isto é, a relação terapêutica surge quando o processo de interação que se inicia no primeiro encontro progride pelos estágios de emergência de identificação, empatia, simpatia e alcançam a harmonia.

Na perspetiva de Travelbee, o primeiro encontro entre a enfermeira e a pessoa cuidada caracteriza-se pelas primeiras impressões que o têm um do outro. Logo, num primeiro contacto existem ideias estereotipadas. Só na fase de emergência das identidades se inicia a verdadeira construção de uma relação terapêutica, em que a enfermeira e a pessoa cuidada se veem um ao outro como indivíduos únicos. A empatia é o estágio de construção da relação terapêutica que se segue, em que a enfermeira é capaz de compreender o estado psicológico da pessoa; esta fase caracteriza-se assim pela capacidade de partilhar a experiência da outra pessoa. Seguidamente, ocorre a fase da simpatia, qua a autora descreve como indo além da empatia, em que a enfermeira procura ajudar a pessoa que está a passar um processo de doença ou sofrimento. Na fase em que a relação terapêutica se encontra construída (harmonia), a pessoa cuidada acredita e confia na enfermeira. A enfermeira tem capacidade para construir esta relação, uma vez que possui conhecimentos e competências necessárias para assistir as pessoas doentes, assim como capacidade de compreender, dar resposta e avaliar o ser humano na sua singularidade (Tomey, 2004).

Nas instituições de saúde, onde são prestados os cuidados, há pontos concretos, exequíveis e de considerável impacto que constituem importantes passos para a humanização. No acolhimento o foco de atenção são o funcionamento e as instalações. As impressões causadas na pessoa que se depara com um ambiente que lhe é desconhecido, estranho e por vezes hostil, podem ser determinantes no percurso da pessoa doente/ família. Esta vê-se muitas vezes confrontada com situações e regras que lhe são estranhas e lhe parecem hostis como horários, dietas, percursos, restrição de visitas, profissionais que não conhece ou falta de informação para o que vai ser sujeita. Estes são fatores que causam sensações como estranheza, ansiedade, medo, revolta e falta de adaptação. Então cabe ao enfermeiro

responsável por aquela pessoa, que estabelece uma relação com ela, explicar-lhe o plano a seguir, obtendo o seu consentimento e colaboração, e servir de elo de ligação entre todos os que estão envolvidos na prestação de cuidados (Osswald, 2004).

A informação/esclarecimento dada à pessoa doente/família reduz a incerteza, o que facilita o gerir da situação vivenciada (Ribeiro, 2012). Esta ideia é partilhada por Silva (2002), pois esta escreve que a pessoa doente sente-se segura quando lhe é explicado o que o que se vai fazer, quando lhe são explicados os passos do procedimento a realizar, pois são-lhe desconhecidos em que momento será necessário realizar determinado exame ou procedimento e as etapas necessárias para sua realização. Assim, as preocupações, constrangimentos e as necessidades de informação por parte dos doentes e dos familiares, devem ser atendidas de modo a contribuir para a qualidade e excelência dos cuidados.

Também transmite segurança à pessoa doente quando o enfermeiro está identificado, através por exemplo de um crachá, e quando se apresenta pelo seu nome. O facto de o enfermeiro chamar a pessoa pelo próprio nome, fá-la sentir-se mais segura (Silva, 2002).

Segundo Silva (2002), o enfermeiro enquanto profissional de saúde, deve preocupar-se em desenvolver uma comunicação efetiva que lhe permita ser empático, pois só assim terá a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista. Por seu lado a teórica Watson enfatiza a congruência, a empatia e o calor humano como características fundamentais da relação. A congruência refere-se à autenticidade do enfermeiro; a empatia diz respeito à capacidade do enfermeiro em se colocar no lugar da pessoa, experienciando os seus sentimentos de forma vicariante, podendo o enfermeiro reconhecer e aceitar os sentimentos da outra pessoa; o calor humano é fundamental na relação, no entanto sem deixar que o profissional imponha, ainda que forma oculta, os seus valores à pessoa. (Neil, 2004; Veiga, 2004).

Ribeiro (2012) defende que respeitar o outro é reconhecer a sua singularidade, é aceitá-lo e demonstrar-lhe verdadeira consideração pelo que ele é, qualquer que seja o seu estado físico ou psicológico.

O toque é usado constantemente na prática profissional dos enfermeiros, pois estes recorrem frequentemente ao contacto físico para realizarem variados procedimentos. Porém, devendo ser intencional, o toque está para além do contacto físico. Constitui-se, tal como descreve Ribeiro (2012, p.273) como “um momento privilegiado do cuidar potencialmente gerador de sentimentos entre quem toca e quem é tocado”. A mesma autora acrescenta ainda que se estabelece uma relação entre quem toca e quem é tocado que não deixa indiferente nenhum dos participantes desta relação de cuidado. Quando se toca no outro, deve ser um ato de consciência, reconhecimento este gesto como como uma forma de transmissão de ideias e emoções, e por isso deve ser realizado com a devida sensatez tendo em conta normas sociais e/ou culturais, ou seja, tendo em conta o significado que o toque pode ter para essa pessoa.

O silêncio na presença, tal como afirma Ribeiro (2012), surge ligado à capacidade de estar atento e saber escutar, elementos essenciais no cuidar em enfermagem.

Ribeiro (2012) refere que no encontro entre a pessoa cuidada e o enfermeiro urgem uma série de qualidades humanas e profissionais que criam uma relação confortadora. Estas são

elementos de competência fundamentais do enfermeiro que lhe permite auxiliar a pessoa doente no processo de adaptação à doença, ajudando-o a aliviar o seu sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação, ao que a autora considera ser reconhecido um efeito confortador.

O estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente/família através de uma comunicação eficaz ajuda-o a gerir o sentimento de gravidade da sua vivência de doença/crise. O enfermeiro deve desenvolver e utilizar estas competências de relação de ajuda para assegurar um ambiente encorajador e estimulante.

A prestação de cuidados humanizados deve ser realizada por meio de um relacionamento interpessoal através da comunicação verbal e não verbal, contribuindo para amenizar a ansiedade e o medo do desconhecido do doente/família em contexto de urgência (Versiani et al, 2012).

Neste contexto e em conversação com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do serviço, considerei importante delinear um projeto de intervenção nesta área, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, no sentido de uniformizar a prática, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem humanizados ao doente urgente e família, realizei e apresentei um procedimento a implementar no serviço sobre a comunicação como instrumento de relação no cuidado ao doente admitido em sala de observações do AMP (Apêndice XIII). Este documento surge com base em estudos realizados no contexto de urgência, sendo apresentadas estratégias comunicacionais numa relação terapêutica e de que forma podem ser aplicadas na prática, em SO.

No sentido de sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a temática, foi realizada, mediante um plano estruturado (Apêndice XIV), uma ação de sensibilização sobre a comunicação como instrumento de relação no cuidado à pessoa doente admitida em SO e sua família (Apêndice XV).

A atividade supra mencionada foi realizada em dois momentos, nos dias 30 e 31 de janeiro de 2014, na sala de passagem de turno do SO e foi dirigida à equipa de enfermagem, onde estiveram presentes 6 participantes em cada momento e tiveram a duração de cerca de 10 minutos.

A sessão consistiu, então, em apresentar as estratégias comunicacionais numa relação terapêutica e de que forma podem ser aplicadas na prática, com base nos estudos realizados em contexto de urgência, dando assim a conhecer o procedimento elaborado com vista à uniformização da prática, que ficará disponível no espaço da intranet reservado aos procedimentos, acessível aos enfermeiros do AMP.

Esta explanação foi realizada através do método expositivo, com apresentação em *Power Point*. Durante a discussão chegou-se à conclusão que as estratégias apresentadas são importantes para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados ao doente e família em contexto de urgência. A equipa demonstrou interesse pelo tema, participando na discussão e mostraram-se atentos à ação de sensibilização. Considero ter proporcionado um momento de reflexão na prática, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente urgente / alto risco e sua família.

A humanização dos cuidados no serviço de urgência requer que os profissionais atentem às necessidades integrais do ser humano. A prestação de uma assistência de qualidade vai para além da utilização das tecnologias avançadas para a estabilização fisiológica do doente, requerendo que os profissionais atendam também as suas necessidades psico-espirituais.

Considero que as situações clínicas no serviço de urgência me permitiram a consolidação de saberes adquiridos ao longo do ensino teórico, assim como o desenvolvimento de competências necessárias para a prestação de cuidados especializados ao doente urgente / alto risco e sua família.

CONCLUSÃO

Frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica despertou a aspiração de querer fazer sempre melhor no decurso da minha atividade profissional como enfermeira e como tal dediquei-me com imenso empenho a este projeto.

Encontrando-me na fase final desta caminhada considero-a, sem dúvida, como uma experiência enriquecedora no meu desenvolvimento profissional e pessoal. Trouxe-me novos saberes, novas competências, nomeadamente a capacidade de análise e crítica em relação à prestação de cuidados de enfermagem. Na minha prática profissional, hoje influenciada pelas competências desenvolvidas durante esta especialidade, tornei-me numa profissional mais rica em conhecimentos científicos e com habilidades mais diversificadas, complexas e fundamentadas. Durante este percurso desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades. Também a nível pessoal sinto que cresci muito, pois a exigência que o curso acarreta, tendo que o conciliar com a atividade profissional e com a vida pessoal, foi uma tarefa difícil. Além disso, o facto de eu ter poucos anos de profissão foi limitativo, pois na profissão de enfermagem há muitos saberes que se ganham com a experiência, pelo que esta imaturidade profissional constituiu uma dificuldade para agir em determinadas situações, o que exigiu um esforço acrescido e um grande investimento pessoal. Contudo, encarei estas dificuldades como desafios e hoje revejo-me na expressão “o que não nos mata torna-nos mais fortes”. Como aspetos facilitadores destaco: os locais de estágio por onde passei que, sendo considerados de referência, constituem ótimos campos de estágio, proporcionando o ambiente e os meios necessários para a consecução dos objetivos; a forma acolhedora como fui recebida nos três campos de estágio e a relação que consegui estabelecer com os enfermeiros orientadores e com a equipa multidisciplinar; a relação mantida com a professora regente do estágio, que me deu o apoio e o incentivo necessários.

Procurei neste relatório retratar as vivências proporcionadas pelos campos de estágio, realizando uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas que permitiram alcançar os objetivos por mim delineados e os apresentados pelo Plano de Estudos do Curso. Deste modo considero que os objetivos inicialmente traçados para o presente trabalho foram alcançados.

Assim, em cada contexto de estágio desenvolvi competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, mais concretamente à pessoa em situação paliativa e sua família em contexto de cuidados paliativos, à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família em contexto de cuidados intensivos e ao doente urgente / alto risco e sua família em contexto de urgência.

No estágio Módulo III - Cuidados Paliativos identifiquei o papel do enfermeiro no apoio ao doente em fim de vida e à sua família, pois sendo a família uma extensão do doente, esta também apresenta necessidades que têm que ser identificadas de forma a se intervir eficazmente. Desenvolvi capacidades ao nível da comunicação, do trabalho em equipa e do controlo dos sinais e sintomas, procurando sempre desenvolver um maior nível de proficiência

nas práticas. Desenvolvi intervenções de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados através da sensibilização da equipa de enfermagem para a importância do sorriso como estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem.

No estágio Módulo II – Cuidados Intensivos mobilizei os conhecimentos adquiridos durante o período teórico que contribuíram para a prestação de cuidados especializados à pessoa com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família. Além do aprofundamento de conhecimentos científicos e prática de novas técnicas neste contexto de cuidados, a humanização dos cuidados foi sempre o alicerce da minha prática. Apesar de ter consciência de que todo o mecanicismo é imprescindível para manter as funções vitais do doente crítico, este não deixa de ser pessoa e como tal tem que ser cuidado em todas as suas dimensões. Como tal, com vista à humanização dos cuidados na UCI, procurei sensibilizar da equipa de enfermagem para a importância do acolhimento à família e pessoas significativas na UCI, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados.

O estágio Módulo I - Serviço de Urgência proporcionou-me muitas situações de aprendizagem na assistência ao doente urgente e sua família. O desconhecimento de muitas patologias e exames auxiliares de diagnóstico respeitantes ao doente urgente, levou-me a investigar e a aprofundar conhecimentos científicos. O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados ao doente urgente assim como ter de agir rapidamente para a sua estabilização hemodinâmica, foram capacidades que desenvolvi. Desenvolvi ainda atividades que auxiliaram a equipa de enfermagem na prestação de cuidados humanizados, nomeadamente através da sensibilização para as estratégias de comunicação com o doente e sua família em contexto de urgência.

Tendo em conta que o enfermeiro especialista tem competências no domínio da gestão dos cuidados, adaptando a liderança e a gestão dos recursos com vista à qualidade dos cuidados, estas foram competências de que tive oportunidade de desenvolver ao longo dos três períodos de estágio, tendo em cada um deles o enfermeiro orientador como referencial na prestação de cuidados, que desempenhavam estas funções enquanto chefes de equipa.

A decisão de cuidado tomada em cada contexto de estágio incluiu uma dimensão clínica e uma dimensão ética, sendo esta última fundamentada pelos princípios, valores, deveres e também pelas leis e normas que regem a profissão.

Em cada contexto agi sobre uma prática de enfermagem fundamentada e foi com base na reflexão na e sobre a prática de forma crítica que construí as aprendizagens e desenvolvi competências. As competências vão além de possuir conhecimentos ou capacidades. Incluem cinco componentes: o saber (implica conhecimentos), o poder fazer (implica meios e recursos), o saber estar (implica atitudes e interesses), o saber fazer (implica habilidades e destreza) e o querer fazer (implica motivação).

A enfermagem, como área de atuação, tem vindo a enfrentar uma necessidade permanente de responder às exigências que a evolução da nossa sociedade apresenta. Assim, no domínio da enfermagem, para enfrentar estas crescentes exigências, é fundamental conhecer novas dimensões para obter resultados de qualidade na assistência ao doente. Desta forma, é

importante desenvolver competências especializadas para a prestação de cuidados altamente qualificados.

Na enfermagem há pessoas que cuidam de outras pessoas, pelo que se constrói uma relação onde quem cuida tem dar o seu melhor aos outros, de forma a suprimir as suas necessidades e a encorajar a ultrapassar as suas dificuldades, em momentos em que a saúde falha. A enfermagem tem a capacidade de fazer a diferença no âmbito da saúde, adotando atitudes que são determinantes na qualidade dos cuidados. São os pormenores que fazem a qualidade dos cuidados, esta que passa muito pela humanização. Na relação com o ser cuidado, a comunicação é o veículo primordial. Assim, o enfermeiro, na relação que estabelece com quem cuida, deve procurar passar-lhe a mensagem de que, por ser humano, é capaz de estar com, é capaz de o entender, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor.

A enfermagem caminha assim no sentido de encontrar um cuidar mais autêntico. É necessário refletir na prática e fomentar mudanças de atitudes e comportamentos, com vista à satisfação das necessidades da pessoa doente, que se traduz na excelência dos cuidados prestados. Foi com base nesta filosofia que realizei este percurso e procurei refleti-lo neste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ **Almeida, Vitória de Cássia, Lopes, Marcos Venícios de Oliveira e Damasceno, Marta Maria Coelho. 2005.** Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*. 39, 2005, Vol. 2.
- ❖ **Andrade, L. M., et al. 2009.** Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Revista Electrónica de Enfermagem*. [Online] 2009. [Citação: 11 de novembro de 2013.] <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.
- ❖ **Apóstolo, J. L. A., et al. 2006.** Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Revista Referência*. 3ª, 2006, Vol. II, pp. 54-64.
- ❖ **Apóstolo, J. L. 2009.** O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. nº9, Março de 2009, Vol. II, pp. 61-67.
- ❖ **Barbosa, António. 2010.** Luto. [autor do livro] António Barbosa e Isabel Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª. Lisboa : Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p. 814.
- ❖ **Barbosa, António. 2006.** Luto. [autor do livro] António Barbosa e Isabel Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa : Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, 2006, p. 485.
- ❖ **Backes, D. S., Koerich, M. S. e Erdmann, A. L. 2007.** Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. nº1, 2007, Vol. 15.
- ❖ **Beccaria L. M., et al. 2008.** Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto á humanização do atendimento. *Arq. Ciênc. Saúde*. 15ª, abril - junho de 2008, Vol. 2, pp. 65-69.
- ❖ **Costa, Maria Arminda. 2004.** Relação enfermeiro-doente. [autor do livro] M. P. Neves e S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 63-80.
- ❖ **Dal Pai, D. e Lautert, L. 2005.** Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58, março de 2005, Vol. 2, pp. 231-234.
- ❖ **Dinis, Rogério P.A.B. 2006.** A família do idoso: o Parceiro Esquecido- Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos Enfermeiros. [Online] 2006. [Citação: 1 de junho de 2013.] <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/727>.
- ❖ **Direção-Geral da Saúde e Conselho Nacional de Oncologia. 2005.** Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

- Direção-Geral da Saúde*. [Online] 2005. [Citação: 26 de abril de 2013.] <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008151.pdf>. 972-675-124-1.
- ❖ **Dowd, T. 2004.** Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. [autor do livro] A. M. Tomey e M. R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004, pp. 481-495.
 - ❖ **Ford, S. 2009.** Patients view smiling as 'best' indicator of nurse skill. *Nursing, Times Net*. [Online] 09 de Setembro de 2009. [Citação: 03 de janeiro de 2013.] <http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/acute-care/patients-view-smiling-as-best-indicator-of-nurse-skill/5006094.article>.
 - ❖ **Fortin, M. F. 2009.** *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures : Lusociência (Edições Técnicas e Científicas, Lda), 2009.
 - ❖ **Frizon, G., et al. 2011.** Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm.* 32, março de 2011, Vol. 1, pp. 72-78.
 - ❖ **Gotardo, G. I.B. e Silva, C. A. 2005.** O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UERJ.* 13ª, 2005, pp. 223-228.
 - ❖ **Gunther, Mary E. 2004.** Marta E. Rogers: Seres Humanos Unitários. [autor do livro] A. M. Tomey e M. R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004, pp. 253-277.
 - ❖ **Howk, Chérie. 2004.** Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. [autor do livro] A. M. Tomey e M. R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004, pp. 423-444.
 - ❖ **Jardim, Tânia Marisa. 2006.** Lidar com a perda: a vida após a morte. *Servir.* nº4, julho-agosto de 2006, Vol. 54, pp. 199-202.
 - ❖ **Kolcaba, Katharine. 2009.** Comfort. [autor do livro] Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. s.l. : Lippincott, 2009.
 - ❖ **Kolcaba, Katharine. 2003.** *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company, Inc., 2003.
 - ❖ **Kolcaba, Katharine. 2010.** The Comfort Line. *Comfort Line*. [Online] 2010. [Citação: 5 de janeiro de 2013.] <http://www.comfortline.com/>.
 - ❖ **Lima, M. 2006.** O enfermeiro e o doente em fase terminal. [Online] 2006. [Citação: 2 de junho de 2013.] URL:<http://www.oredemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=280>.

- ❖ **Lopes, A. L. M. e Fracoli, L. A. 2008.** Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto e Contexto de Enfermagem*. 17, 2008, Vol. 4.
- ❖ **Maestri, E., et al. 2012.** Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes da unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UERJ*. 20ª, janeiro-março de 2012, Vol. 1, pp. 73-78.
- ❖ **Martins, Amaro, et al. 2008.** Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. Nº2, 2008, Vol. 12.
- ❖ **Martins, J. J., et al. 2008.** O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. [Online] 2008. [Citação: 11 de novembro de 2013.] <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>.
- ❖ **Melo, R. C. C. P. 2008.** A Relação de Ajuda; Contextos e Práticas em Enfermagem. *Servir*. 2, 2008, pp. 67-73.
- ❖ **Moniz, J. M. N. 2003.** *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa : Lusociência, 2003.
- ❖ **Moreira, Isabel M. P. B. 2001.** *O doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*. Coimbra : Formasau, 2001. p. 156. 9789728485641.
- ❖ **Neil, R. M. 2004.** Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. [autor do livro] A. M. Tomey e M. R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004, pp. 163-183.
- ❖ **Nunes, Lucília. 2004.** A especificidade da Enfermagem. [autor do livro] M. P. Neves e S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 33-48.
- ❖ **Ordem dos Enfermeiros. 2010.** *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 29 de Maio de 2010.
- ❖ **Ordem dos Enfermeiros. 2010.** *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa : s.n., 2010.
- ❖ **Ordem dos Enfermeiros. 2003.** *Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2003. p. 187.
- ❖ **Ordem dos Enfermeiros. 2001.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*. 2001.

- ❖ **Oriá, M. O. B., Moraes, L. M. P. e Vitor, J. F. 2004.** Revista Eletronica de Enfermagem. *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado.* [Online] 2004. [Citação: 5 de janeiro de 2013.] <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- ❖ **Osswald, Walter. 2004.** Entre o “curar e o cuidar”: A humanização dos serviços de saúde. [autor do livro] M. P. Neves e S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios.* Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 363-374.
- ❖ **Pacheco, Susana. 2004.** *Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal - Perspectiva Ética.* Loures : Lusociência, 2004 (reedição de 2002).
- ❖ **Pacheco, Susana. 2002.** *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspetiva ética.* Loures : Lusociência, 2002. 972-8383-30-4.
- ❖ **Pereira, Sandra Martins. 2010.** *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte.* Lisboa : SerSilito, 2010. p. 179. 978-972-54-0279-5.
- ❖ **Phaneuf, M. 2005.** *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures : Lusociência, 2005.
- ❖ **Ribeiro, Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente. 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 Cocriado.* Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa : s.n., 2012.
- ❖ **Sandelowski, M. e Barroso, J. 2003.** Focus on research methods: toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Research in Nursing & Health.* 26, abril de 2003, Vol. 2, pp. 153-170.
- ❖ **Santos, C. C. V. e Shiratori, J. 2005.** A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem.* 58, 2005, Vol. 4, pp. 434-437.
- ❖ **Saraiva, D. M. R. F. 2008.** Refletir o Cuidar em Enfermagem. *Nursing.* 230, 2008, pp. 14-20.
- ❖ **Silva, Maria Júlia Paes da. 2002.** O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética.* 2002, Vol. 10, pp. 73-88.
- ❖ **Silva, S. F. e Santos, I. 2010.** Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 14^a, abril-junho de 2010, Vol. 2, pp. 230-235.
- ❖ **Sousa, L. B. e Barroso, M. G. 2009.** Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Rev Enferm.* janeiro-março de 2009.

- ❖ **Souza, M. L., Padilha, M. I. C. S. e Prado, M. L. 2005.** O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Contexto Enfermagem*. 14, 2005, Vol. 2, pp. 266-270.
- ❖ The evolution of palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. **Saunders, C. 1996.** 1996, Vol. 94, pp. 430-432.
- ❖ **Tomey, Ann Marriner. 2004.** Joyce Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa. [autor do livro] A. M. Tomey e M. R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004, pp. 481-495.
- ❖ **Trevizan, M. A., et al. 1998.** Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem*. 6, dezembro de 1998, pp. 77-82.
- ❖ **Urden, L. D., Stacy, K. M. e Lough, M. E. 2008.** *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos*. 5ª. Loures : Lusodidacta, 2008. p. 1265. 978-989-8075-08-6.
- ❖ **Veiga, João. 2004.** Existirá uma ética da enfermagem?. [autor do livro] M. P. Neves e S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 377-397.
- ❖ **Versiani, C. D., et al. 2012.** Revista digital. *Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio*. [Online] julho de 2012. [Citação: 3 de janeiro de 2014.] <http://www.efdeportes.com/>.
- ❖ **Vieira, Margarida. 1999.** Sobre a Justiça no Cuidado de Enfermagem. *Revista Servir*. nº46, 1999.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- ❖ Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro: Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).
- ❖ Código Deontológico do Enfermeiro. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, alterado e republicado como Anexo à Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro.

ANEXOS

ANEXO I

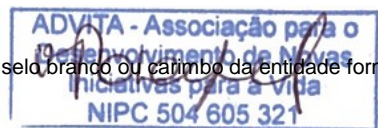
Certificado de presença em Workshop de Feridas Malignas

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Lúcia Ferreira Louro, natural de Coimbra, nascido/a a 16/02/1986, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº _____ emitido pelo Arquivo de Identificação de _____ em ___/___/_____, participou no Curso de Formação Profissional Workshop de Feridas Malignas que decorreu em 06/06/2013 no/a Hospital da Luz com a duração total de 7 horas.

Lisboa, 06 de Junho de 2013

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento Novas Iniciativas para a Vida



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 253/2013

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

 **HOSPITAL DA LUZ**

Coordenação Científica da Comissão de Ensino,
Formação e Investigação do Hospital da Luz



ANEXO II

Autorização para aplicação de questionários aos enfermeiros com formação avançada em
Cuidados Paliativos

Lisboa, 24 de Maio de 2013

Exm^a Sra Diretora de Enfermagem Maria Costa Dias

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários aos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos.

Ana Lúcia Ferreira Louro, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica , do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa , vem por este meio solicitar a vossa colaboração para aplicação de questionários aos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos, no sentido de realizar um estudo exploratório sobre a sua percepção do sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de Enfermagem , no âmbito do Estágio que se encontra a realizar na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

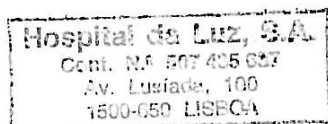
Os dados recolhidos são confidenciais, destinando-se apenas para o referido estudo.

Em anexo segue a cópia do questionário a aplicar.

Sem outro assunto, agradeço desde já a atenção dispensada.

Respeitosamente,

Ana Louro



Concedida de com o referido



28/05/13

ANEXO III

Norma de acolhimento à família e pessoas significativas dos clientes internados na UCI

PROCEDIMENTO N.º	4
POLÍTICA N.º	1 DA DSE
ÁREA	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
DATA	SETEMBRO 2006

1. NOME:

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA E PESSOAS SIGNIFICATIVAS DOS CLIENTES INTERNADOS NA UCI

2. ÂMBITO:

QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE / FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA

3. PESSOAL ABRANGIDO:

TODOS OS ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS PELA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA UCI

4. PONTOS IMPORTANTES:

- Informar sobre o funcionamento do Serviço
- Recolher informação sobre o cliente, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões da PESSOA
- Criar condições facilitadoras ao estabelecimento de uma relação de ajuda, que deverá ser concretizada ao longo do internamento
- Incentivar a pessoa significativa na parceria de cuidados ao cliente
- Fornecer guia de acolhimento e explicar sucintamente os conteúdos, à pessoa significativa para o cliente.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

Quando o visitante entra na sala de visitas da UCI, será recebido pela Secretária de Unidade e na sua ausência pela AAM, que questionará o mesmo se é a primeira visita ou subseqüentes;

5.1. Se for a primeira visita:

A Secretária de Unidade/AAM informará o Enfermeiro Responsável pelo cliente e este deve:

- Validar com o cliente, caso a sua situação o permita, se deseja receber a visita da pessoa; Dirigir-se à pessoa, na sala de visitas e apresentar-se pelo nome;
- Informar qual a unidade em que o cliente se encontra;
- Antecipar a visita, informando sobre a situação em que o cliente se encontra, no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;
- Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas, estabelecendo desde o início uma relação empática;
- Fornecer guia de acolhimento à pessoa significativa e assiná-lo tornando-se num Enfermeiro de Referência para aquela pessoa;
- Acompanhar o visitante até junto do cliente;
- Sempre que o cliente não consiga fornecer informações, negociar com a pessoa significativa a disponibilidade e o momento para a obtenção de informações no âmbito da avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos informáticos, como antecedentes de saúde, dados relevantes da dinâmica sócio-familiar, grau de dependência em actividades de vida diárias e nome pelo qual gosta de ser habitualmente tratado;
- Recolher o contacto telefónico da pessoa mais significativa, caso não se encontre no processo do cliente;

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf. Arnaldo Conceição Enf.ª Dália Caeiro Data: 21/09/06	Enf.ª Isabel Rodrigues Gonçalves Data: 22/09/06	Data: 22/09/09

- Registrar toda a informação de forma a garantir a qualidade e a continuidade de cuidados.

5.2. Se não for a primeira visita:

A Secretária de Unidade/AAM informará o Enfermeiro Responsável pelo cliente da presença do visitante e acompanha-o até junto do Enfermeiro após indicação deste.

O Enfermeiro deverá:

- Receber a visita na zona de trabalho aberta;
- Dirigir-se à pessoa e apresentar-se pelo nome (caso não o tenha já feito em anteriores visitas);
- Antecipar sobre a situação actual do cliente, no que respeita aos cuidados de enfermagem e, posteriormente, acompanhar o visitante até ao cliente;
- Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas, promovendo uma relação empática;

5.3. Guia de acolhimento:

- O guia de acolhimento deve encontrar-se na secretária de unidade;
- Informação que deve conter:
 - Horário e número de visitas em permanência simultânea junto do cliente;
 - Nome do Médico e Enfermeiro Responsáveis pela UCI;
 - Contactos telefónicos;
 - Nome do Enfermeiro de Referência (registado no momento da entrega);
 - Local para colocar nome do cliente e unidade em que se encontra;
 - Indicações para as visitas: lavagem das mãos à entrada na UCI, desligar o TM ao entrar na UCI, manter ambiente calmo, proibição de fumar;
 - Serviços de apoio da instituição aos familiares: espaço ecuménico, cafetaria, banco, lojas, entre outros.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf. Arnaldo Conceição Enf.ª Dália Caeiro Data: 21/09/06	Enf.ª Isabel Rodrigues Gonçalves Data: 22/09/06	Data: 22/09/09

APÊNDICES

APÊNDICE I

Trabalho/revisão bibliográfica “Cuidar da Família em Cuidados Paliativos”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

CUIDAR DA FAMÍLIA

EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Estágio Opcional -
Cuidados Paliativos**

**Unidade de Cuidados Paliativos do
Hospital da Luz**

Ana Lúcia Ferreira Louro

Aluno nº 192012007

Docente: Prof. Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, Junho de 2013

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
1-A FAMÍLIA DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	6
1.1- O IMPACTO DA DOENÇA TERMINAL NA FAMÍLIA	6
1.2 - ADAPTAÇÃO DA FAMÍLIA À DOENÇA EM FASE TERMINAL.....	7
2 - NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA COM DOENÇA TERMINAL.....	10
3- CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS	12
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

INTRODUÇÃO

No âmbito da do estágio opcional de Cuidados Paliativos inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Médico-Cirúrgica, foi realizado o trabalho: Cuidar da Família em Cuidados Paliativos. Uma competência que senti necessidade de desenvolver neste estágio foi a de comunicação com as famílias em sofrimento, que estão a vivenciar processos de perdas. Assim, este trabalho surge com o propósito de aprofundar conhecimentos sobre o papel do Enfermeiro perante a Família em processo de luto. Uma vez que, aos profissionais de Enfermagem são colocados desafios permanentes que exigem um conjunto de competências que permitam a implementação de práticas de qualidade nos diversos domínios da sua intervenção à pessoa/ família.

Na realidade vivemos numa sociedade em que a dor e o sofrimento são mal tolerados, sendo a morte e o morrer afastados para um horizonte longínquo. Não obstante, quando a cura ou o controle da doença são objetivos não atingíveis, os Cuidados Paliativos constituem-se como uma resposta organizada, global e humanizada para cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final da vida. Neste contexto, o enfermeiro deve possuir e articular capacidades aos mais diversos níveis, implicando o desenvolvimento de todo um conjunto de competências, que integradas, permitem resposta às diferentes exigências com que se depara neste ambiente de elevada complexidade.

A doença afeta o indivíduo no seu todo - nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual – repercutindo-se na família e nos padrões de interação estabelecidos. Na sua generalidade, as doenças crónicas de curso progressivo expõem e confrontam a família com a crescente incapacidade de um dos seus membros, gerando grande tensão e desequilíbrio no ambiente familiar, principalmente quando culmina na perda.

A família é composta por vários elementos e cada um deles reage individualmente e diferentemente perante a situação de perda, podendo esta reação pode levar à rutura da estabilidade familiar. A unidade alvo dos Cuidados Paliativos será sempre o binómio pessoa em fase terminal/Família, sendo esta prestadora e recetora de cuidados, que se deverão prolongar ao longo do processo de luto.

Face a isto, os profissionais de saúde e, em particular os enfermeiros, devem procurar compreender e avaliar as necessidades dos familiares e criarem condições para que a família e o doente possam verbalizar os seus sentimentos, receios e angústias. Deste modo, torna-se essencial perceber o impacto que uma perda significativa tem não só no indivíduo, como também no sistema familiar e nas suas interações.

Sabendo que estas famílias necessitam de cuidados diferenciados, compete ao enfermeiro especialista, que possui um conjunto de conhecimentos e competências específicas, intervir junto da mesma na promoção do seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

Com este trabalho pretendem-se alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar as intervenções adequadas a desenvolver pelo Enfermeiro especializado nas necessidades do Doente/Família no processo de doença em fase terminal;
- Refletir sobre as competências inerentes à prática clínica dentro dos Cuidados de Enfermagem ao Doente/ Família em processo de luto;

- Abordar áreas de atuação e intervenção da responsabilidade do Enfermeiro perante a Família em processo de luto;

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica e a prática reflexiva destas semanas de estágio. O trabalho realizado organiza-se em três capítulos: no primeiro abordam-se a família no contexto de situação paliativa, o impacto e a adaptação da doença terminal; no segundo abordam-se as necessidades da família da pessoa com doença terminal; no terceiro faz-se alusão aos cuidados de enfermagem à família em Cuidados Paliativos.

1. A FAMÍLIA DO DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Nas últimas décadas assistimos ao envelhecimento progressivo da população, assim como ao aumento de prevalência de cancro e outras doenças crónicas. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da qualidade terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em crónicas, levando à longevidade dos seus portadores. No entanto, e apesar dos esforços dos investigadores e do conhecimento acumulado, a morte continua a ser uma certeza e ameaça o ideal de cura e preservação da vida (Matsumoto, 2009).

A doença incurável confronta a pessoa com mudanças radicais que resultam em sofrimento humano. Acompanhar esta fase da vida da pessoa com doença incurável requer um conjunto de intervenções que visem uma melhor qualidade de vida e preservação da dignidade da pessoa.

Bonilla citado por Moreira (2001), refere que do mesmo modo que a doença afeta o indivíduo no seu todo, em todas as suas dimensões biológicas, psicológicas, espirituais e sociais, repercute-se também na unidade familiar e nos padrões de interação estabelecidos.

É na família e com a família que cada pessoa procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo vital. Quando a pessoa doente é hospitalizada, as reações de cada familiar são diferentes e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social da pessoa, a idade, o sexo e com a própria estrutura familiar.

A família é, por si só, um sistema ativo de interação onde os cuidados e as dinâmicas internas de funcionamento de uma instituição de saúde se processam. Então, se tudo gira e se desenvolve em função da família, ela deverá estar no centro da dinâmica dos cuidados, dos recursos e do desenvolvimento de competências científicas e relacionais dos profissionais que delas cuidam, sendo cuidada como um todo. Assim, a “família só pode ser corretamente compreendida se for entendida como um sistema, um todo, numa perspetiva holística”, alude Relvas citado por Moreira (2001, p.22).

Tal como refere Moreira (2001), a família do doente é vista como um sistema aberto em interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde.

O internamento hospitalar de um dos membros da família gera uma situação de crise no seio da mesma, com implicações profundas no projeto de vida individual do doente, afetando também o projeto familiar (Dinis, 2006). O neste contexto, Martins referenciado por Dinis (2006, p.118) refere que “as repercussões da doença não afetam só o doente, estende-se também à família provocando uma situação de desorganização e de stress familiar”.

1.1 O IMPACTO DA DOENÇA TERMINAL NA FAMÍLIA

Quando pensamos numa doença terminal associamos geralmente, a algo que envolve sofrimento físico e psíquico no doente, uma vez que terá que lidar com a patologia durante o

resto da sua vida. No entanto, este sofrimento não se restringe apenas ao elemento portador da doença crónica, mas sim, a toda a rede de relações estabelecidas, principalmente ao ciclo familiar, pois também convivem, diariamente, com os problemas inerentes à própria doença. Deste modo, e na opinião de Moreira (2001, p.24), a “doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor”.

Dependendo da gravidade da patologia, a família acaba por alterar as suas rotinas diárias, para poder cuidar e apoiar o doente, o que acaba por influenciar não só o relacionamento, como modifica o estilo de vida familiar. A própria doença assim como o tratamento, que deveria servir de alívio da doença podem ter um impacto sobre a rotina normal da família e forçar cada membro a fazer ajustes, a fim de lidar com a situação. Moreira (2001) refere que o início da doença contribui para uma mudança do sistema familiar, implicando na família um processo de reajustamento da sua estrutura, papéis, padrões de comunicação e das relações afetivas dos seus membros, deste modo, a unidade familiar fica sujeita às ruturas no seu estilo de vida, que vão desde aspetos relativos à privacidade individual até aos seus rendimentos monetários.

Assim, quando a família é confrontada com a doença grave de um dos seus elementos, vivencia um tempo de mudança e toda a sua organização é afetada. Perante uma situação de doença incurável, o primeiro sentimento que domina na família é a incapacidade, e impotência que rapidamente gera a ira, pesar, tristeza, raiva, sofrimento, angústia, incerteza. Adaptar-se a esta situação é difícil e estará relacionada com o grau de maturidade, enriquecimento e compreensão que existe no seio familiar.

Após o choque inicial que o aparecimento da doença terminal provocado no doente e no seio familiar, a fase da aceitação é, na maioria dos casos, encarada como um enorme obstáculo. Posteriormente, é tempo do doente e da sua família aprenderem a lidar com a doença, proporcionando assim, uma maior qualidade de vida ao doente e reduzindo o sofrimento psicológico e emocional de ambos.

À medida que o doente se adapta ao desconforto, e às vezes à dor do tratamento médico, torna-se cada vez mais dependente do apoio emocional da família. Em resultado disso, os membros da família não só têm de aprender novas capacidades para prestar cuidados físicos ao doente, mas também se veem obrigados a ajustar a sua atitude, as emoções, o estilo de vida e a rotina diária.

Os profissionais de saúde, são de extrema importância, no sentido, de apoiar, promover, orientar e dar suporte à adaptação do núcleo familiar, uma vez que, a doença terminal implica situações de crise, limitações e perdas que irão influenciar e marcar drasticamente a estrutura familiar.

1.2 ADAPTAÇÃO DA FAMÍLIA À DOENÇA EM FASE TERMINAL

A adaptação à doença terminal é influenciada pelo contexto sociocultural, que engloba as crenças familiares, religião, o contexto sociopolítico e a história da perda, sendo necessário

que os profissionais estejam mais atentos atualmente, pois existe uma maior multiculturalidade com exigências diferentes dentro de uma população restrita (Moreira, 2001).

Moreira (2001) faz referência a Sorensen, Luckman e Garcia para mencionar que a doença em fase terminal de um membro de uma família expõe esta última a uma situação de stress duradouro, podendo desencadear problemas físicos, emocionais e psicológicos que conduzem a família à exaustão. A unidade familiar sofre assim uma rutura do estilo de vida, onde estudos apontam para a existência de depressão, ansiedade, frustração e que poderão originar a sintomas psicopatológicos tais como perda de apetite, de peso e dificuldade em dormir.

Cada pessoa é única e vive os acontecimentos da sua vida de uma forma singular, também cada família de um doente em fase terminal deve ser vista num contexto único e diferente de todos os outros. Assim, cada família adotará os seus próprios mecanismos de defesa, em grande parte relacionados com tipo de relação que mantinha com a pessoa doente, e que poderão ir desde um aumento de convívio e uma certa infantilização do doente, até ao seu abandono, como tentativa de esquecimento e fuga da triste realidade (Pacheco, 2002). Deste modo, a adaptação à perda de um familiar é sempre difícil para quem a experiencia, estando relacionada com o grau de maturidade, enriquecimento e compreensão existente no seio familiar. Quanto mais importante é a pessoa na vida familiar, maior será o sentimento de perda e maiores as relações conflituosas entre os familiares, pois a reação individual de cada um dos membros pode quebrar a estabilidade da unidade familiar, uma vez que cada elemento reagirá de acordo com o vínculo real que tem com o doente.

Moreira (2001) considera que a adaptação à perda é facilitada pela coesão familiar, flexibilidade do sistema familiar, comunicação aberta, disponibilidade da família alargada, recursos sociais e económicos e o papel e função anterior do doente no sistema familiar.

Marques citado por Moreira (2001), define quatro etapas que descrevem as diferentes fases de adaptação da Família à doença dos familiares:

- A primeira etapa consiste em enfrentar a realidade e decorre durante o período em que o doente recebe o diagnóstico, mantendo-se ativo e continuando a manter funções habituais no meio familiar. A família desenvolve várias repostas, as quais podem ser agrupadas em cinco fases: de impacto, desorganização funcional, a procura de uma explicitação, pressão social e de perturbações emocionais;
- A segunda etapa refere-se à reorganização durante o período que precede à morte da pessoa. O doente suspende as funções familiares habituais e a Família vê-se confrontada com a necessidade de prestar cuidados e de redistribuir os papéis e reorganizar as memórias;
- A terceira etapa está relacionada com a perda, coincide com a eminência da aproximação da morte e o contato com a própria morte. A família vive a perda e a solidão da separação. Segue-se o processo de luto que pode ser influenciado por sentimentos de culpabilidade e pelos limites da sua própria capacidade de suporte;
- A quarta etapa está relacionada com a fase final de adaptação da família à situação, desenvolve-se depois de concluído o luto com êxito.

Segundo a OMS (2002) um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é oferecer um sistema de apoio às famílias de forma a proporcionar uma adequada adaptação durante a fase de doença

do familiar e no processo de luto. O Plano Nacional de Cuidados Paliativos defende que a família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e por sua vez ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença quer durante o processo de luto. Deste modo, a família deverá ser orientada no sentido de viver o dia-a-dia, adaptar-se à nova dinâmica familiar, aceitar as limitações do seu familiar e começar-se a preparar para o processo de luto (Pereira e Lopes, 2002).

2. NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA COM DOENÇA TERMINAL

Após vários anos num sistema familiar, onde a busca contínua de equilíbrio entre os seus elementos é uma realidade, o diagnóstico de uma doença terminal, leva a um desequilíbrio no sistema e a uma mudança global e qualitativa imposta pela crise que ameaça a imprevisibilidade dos acontecimentos e das necessidades (Moreira, 2001).

Para Neto (2006), a família partilha, frequentemente, os problemas dos doentes tendo necessidades específicas, por vezes até mais complexas do que as do próprio doente.

O doente com doença terminal é um membro da família cujas reações estão intimamente ligadas. O apoio dado às pessoas que o rodeiam tem uma influência importante na solução de algumas das suas necessidades na fase do luto, doença e adaptação às crises subsequentes (Astudillo, 2002).

No processo de tratamento, para além do doente, é importante valorizar as principais necessidades da família, hierarquizar-las, no sentido de as resolver como prioridades terapêuticas. Devemos promover o envolvimento familiar nos cuidados pois, ao fazê-lo, estamos a estimular a coesão dos seus membros e ao mesmo tempo permite-se que o doente sinta que mantém inalterado o seu papel, partilhando realmente com aqueles que lhe são significativos os seus últimos dias.

Assim, a família deverá ser envolvida nos cuidados, através do investimento na comunicação e no estabelecimento de uma relação de parceria, interativa, dinâmica, disponível e de responsabilidade partilhada, mobilizando as capacidades e potencialidades da mesma como um recurso.

Para Astudillo (2002), a família deve ser integrada na prestação de cuidados – higiene, alimentação, tratamentos, como forma de reduzir a ansiedade face ao desconhecido e de estimular a comunicação com o doente e com a equipa terapêutica. Neste contexto, os profissionais de saúde devem procurar compreender e avaliar as necessidades sentidas pelos familiares e ao mesmo tempo que criar condições para que a família e o doente possam verbalizar os seus sentimentos, receios e angústias (Barbosa e Neto, 2006).

Na prestação de cuidados à pessoa em fase terminal destaca-se a importância do enfermeiro acompanhar a família ao longo do seu processo de luto, porque esta vivencia um grande sofrimento emocional, ao mesmo tempo que, deverá ser capaz de reunir forças para ajudar a pessoa em fase terminal. Astudillo (2002), salienta a ideia de que nos últimos momentos vida de um familiar, a família é hipersensível e capta muito do que está a acontecer em seu redor, percebendo qualquer desvio em direção ao seu ente querido ou para si mesmo.

Assim, a família necessita de ajuda para se adaptar à situação, ter capacidade para apoiar a pessoa em fase terminal manter com a mesma uma comunicação verdadeira e afetuosa, lidar com as crises que esta poderá atravessar e, por fim, realizar um luto saudável.

Da análise realizada por Moreira (2001) sobre as necessidades da família, surge o apelo à necessidade de informação, como estratégia a adotar para capacitar a família para cuidar, promovendo simultaneamente o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda.

Aparício (2008), ao citar Sancho, refere como principais necessidades da família do doente em fase terminal: a informação clara, concisa realista e honesta; certificar-se que faz tudo

pelo doente; disponibilidade e apoio emocional da equipa; estar com o doente com intimidade e privacidade; participar nos cuidados; reparar a relação; expressar sentimentos; conservar a esperança e apoio espiritual.

A equipa de saúde deve assim, ter como objetivos dialogar sobre as opções de cuidado com o doente e com a família; oferecer suporte para a adaptação à crescente inabilidade física, possível adaptação nas atividades vida diárias, estimular o autocuidado, estimular a participação dos familiares e sugerir acompanhamento psicológico para o doente e para a família. Pois, quando os conhecimentos na área da saúde não são mais suficientes para salvar a vida da pessoa, a demonstração de respeito, compreensão e afeto por parte dos profissionais de saúde devem contribuir para o alívio do sofrimento desta unidade familiar.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A atitude perante a morte tem sofrido alterações, umas lentas e impercetíveis, outras rápidas e mais conscientes (Ferreira, 2005). Até há poucos anos, habitualmente, morria-se no domicílio, rodeado pela família no meio de fotografias e de recordações, que contavam a história de uma vida. Nos tempos que correm, esta situação é cada vez mais rara, sendo mais frequente falecer em locais impessoais, dotados de tecnologia avançada que permite o prolongamento da existência humana - Hospital (Hennezel, 2001).

Embora a evolução da medicina e o progresso tecnológico sejam uma realidade, chega sempre o momento em que nos aproximamos da última etapa do ciclo de vida, a morte (Lima, 2006). Esta é parte integrante da vida e por isso, os doentes com patologia crónica avançada e sem possibilidade de cura, estão sujeitos a uma morte anunciada, coexistindo um processo de luto antecipado - quer por parte do doente, quer por parte da família (Lopes e Maia, 2000).

Uma morte anunciada é um caminho difícil e doloroso, podendo percorrer várias etapas e desencadear diferentes reações. Ao ser diagnosticada uma doença terminal, a pessoa é submetida a um período particularmente difícil da sua existência, que corresponde ao término da vida (Lima, 2006).

Cuidar da família do doente em fim de vida é um desafio complexo, sobretudo para os profissionais de Enfermagem, que ajudam de forma global o doente em situação terminal, não esquecendo um elemento vital dentro desta globalidade: a família, elemento mais próximo do doente para o acompanhar no seu último momento de existência.

O percurso partilhado ao longo da vida, a proximidade existente entre as pessoas, o contributo que o ente querido podem dar para a qualidade de vida e bem-estar da pessoa em fase terminal de vida, para além da especificidade e do desgosto inerentes à vivência e acompanhamento da situação terminal, fazem com que a família deva ser enquadrada nos cuidados a prestar (Pereira, 2010).

Para Twycross (2003), o apoio à família é parte integrante dos Cuidados Paliativos, seja enquanto elemento integrante no processo de tomada de decisão e prestação de cuidados à família, seja ela própria, como recetora e beneficiária de cuidados.

Assim, é necessário ter em presente, que a família pode assumir um duplo papel: por um lado como elo participante na prestação de cuidados ao doente, como por outro, a família que vivencia um processo de perda antecipada e de sofrimento intenso, com complicações diretas na sua dinâmica de organização, estrutura e funcionamento (Pereira, 2010).

Mais do que nunca a família é solicitada a prestar cuidados aos seus membros no domicílio. Perante esta situação as famílias apresentam um conjunto de necessidades podendo os Enfermeiros desempenhar um papel fundamental na satisfação das mesmas.

Curry (1995) refere que o enfermeiro é o candidato mais provável para satisfazer as necessidades da família, principalmente as necessidades de apoio. As famílias devem sentir que os enfermeiros são sensíveis e estão dispostos a ajudar.

Segundo Lima (2006), os enfermeiros devem olhar para cada elemento da família na sua globalidade, respeitar a sua intimidade e privacidade e nunca demonstrar através do seu olhar ou expressões faciais a imagem da deterioração ou da sua finitude do doente. Devem sobretudo

estar ao lado do doente e da sua família não só fisicamente, mas demonstrando uma atitude ética de compaixão, disponibilidade, acolhimento e abertura ao outro.

Pacheco (2002) refere que, o enfermeiro poderá desenvolver atitudes no sentido de orientar as famílias, tais como:

- Observar e escutar quando um dos membros solicita a sua atenção;
- Permitir que expressem livremente os seus sentimentos;
- Aceitar as respostas individuais;
- Explicar que é normal experimentarem sentimentos e reações caóticas;
- Proporcionar comodidade e manter a família informada;
- Reforçar pontos fortes da família, como por exemplo a capacidade de apoio mútuo;
- Envolver os familiares nos cuidados

Também Lewandowski citado por Martins (2000) diz que os enfermeiros devem assistir os membros da família e consciencializar-se das suas necessidades. Uma abordagem holística do cuidar, direcionando as intervenções a toda a família, deve ser utilizada.

Segundo Lima (2006), o enfermeiro deve reunir esforços para integrar a família da pessoa em fase terminal na equipa de saúde para que a morte no hospital seja acontecimento familiar.

Estes profissionais devem perceber de que forma a família vive com a doença, qual a sua compreensão e perceção da mesma, quais os medos e os seus receios, efetuando uma avaliação dos recursos e disponibilidades da família, imergindo desta avaliação um conjunto de pontos fortes e fracos, que vão contribuir para o estabelecimento de uma intervenção eficaz por parte da equipa de enfermagem, de forma a ajudar a família, a ajudar-se.

Para que tal suceda, o enfermeiro deverá criar as condições físicas necessárias, para que a família possa permanecer junto do seu familiar, durante o tempo que desejar. Para além disso, deverá encontrar estratégias que permitam encorajar a família a assistir e participar nos cuidados prestados ao doente, incentivando-a, por exemplo, a colaborar nos cuidados de higiene e alimentação. Além disso, os familiares possuem um conhecimento mais profundo sobre os gostos, hábitos e desejos da pessoa do que os enfermeiros, contribuindo significativamente no cuidar do doente terminal (Pereira, 2010).

De uma maneira geral, o enfermeiro deverá proporcionar um ambiente calmo, cuidado, demonstrando uma atitude individualizada, mesmo no meio da dinâmica hospitalar.

Pereira e Lopes (2002) referem que, os profissionais de saúde devem ajudar a família a compreender que o stress emocional e as alterações de comportamento são reações que normalmente surgem durante o percurso da doença e que podem ser ultrapassados com paciência e apoio. Devem estar atentos ao aparecimento de problemas e dar especial atenção às possíveis perturbações emocionais que possam surgir na família. Encorajar a família a conviver mais, em vez de se isolar.

Com o propósito de conseguir os melhores resultados possíveis é fundamental considerar a perspetiva de Ferreira (1999) que aponta para a noção de que, a família encara a perda do ente querido de forma singular, uma vez que cada elemento da família é único. Daqui decorre a necessidade da adoção de comportamentos e ações de enfermagem individualizadas

e ajustadas a cada família, isto é, considerando-se cada caso em especial e não a utilização de frases feitas e de procedimentos estereotipados.

Para Rodeia (1998) a família poderá, todavia, deparar-se com algumas dificuldades e dúvidas relativamente ao modo como pode auxiliar e assistir a pessoa doente na satisfação das suas atividades de autocuidado, bem como, em relação às reais possibilidades de colaboração com a equipa de enfermagem. Torna-se primordial que os enfermeiros desenvolvam uma intervenção direcionada para o esclarecimento de eventuais questões por parte dos familiares, facultando-lhes toda a informação que considerem necessária e pertinente, proporcionando todo o apoio e ajuda de que necessitam.

Efetivamente é necessário que, para além das intervenções planeadas, os enfermeiros estejam atentos a aspetos como: grau de comunicação entre os membros da família-doente; constituição do núcleo familiar e o seu comportamento, grau de disponibilidade familiar para cuidar, tal como, as suas dificuldades reais; quem é o cuidador principal e o tipo de relação deste com o doente; expectativas reais da família e em especial do cuidador principal com a equipa; os seus padrões morais e experiências anteriores de situação de crise, assim como a resolução de conflitos, tal como afirma Rodeia (1998).

O acompanhamento e a prestação de cuidados à pessoa em fase terminal por parte dos seus familiares podem, na realidade, ser influenciados por diversos aspetos, tais como, as características dos familiares, o tipo de relação existente com a pessoa, o número de elementos da família, bem como outros fatores de carácter social, cultural e económico.

Assim, nesta ordem de ideias, convém que a equipa esteja atenta, de modo a conseguir integrar e apoiar eficazmente a família neste processo de cuidados e detetar eventuais problemas, inseguranças e fragilidades. Apenas desse modo eles serão capazes de delinear a melhor intervenção e estratégia a implementar em termos de participação dos familiares na prestação de cuidados, assegurando que esta seja a mais adequada.

É importante e de grande perícia para o enfermeiro saber gerir junto da família a fase de agonia que para muitos familiares é sinónimo de sofrimento, pelo que devemos esclarecer, que tal não acontece na maioria das situações mas sim, a agonia é um período fisiológico, representa um período de transição entre uma fase de maior consciência e a morte.

O estabelecimento de uma relação interpessoal e uma boa comunicação entre os elementos da família e da equipa de saúde é imprescindível, de maneira a que seja possível aprender e resolver as principais necessidades, incertezas e expectativas dos familiares. Segundo Pereira (2010), poderá ser vantajoso a realização de reuniões periódicas com a família da pessoa doente, valorizando o esforço efetuado no cuidado e acompanhamento, direcionando melhor os cuidados de que os seus membros necessitam. Estas reuniões podem constituir uma oportunidade para avaliar a dinâmica da família, proporcionando cuidados antecipatórios e valorizar os sentimentos da família face à perda.

Estas reuniões, também nomeadas de conferências familiares, são consideradas como uma mais-valia no processo de cuidados, na medida em que possibilitam o aprofundamento do conhecimento dos enfermeiros face às necessidades das famílias. São, igualmente, consideradas como instrumentos de avaliação inicial, permitindo uma melhor apreensão das necessidades do doente e família. A sua realização deve alicerçar o apoio aos familiares e

otimizar as intervenções e cuidados que estes prestam ao seu ente querido. Os encontros deverão ser, particularmente, uteis para informar, deliberar, clarificar e definir metas e cuidados, envolvendo o doente, família e enfermeiros (Pereira, 2010).

Considerando o indivíduo inserido num seio familiar, é função do Enfermeiro intervir junto do doente inserido na sua família, valorizando de igual forma, os seus sentimentos.

O enfermeiro deve ter uma intervenção ativa face à família, não só durante o internamento da pessoa doente, mas também no período pós-morte. Assim sendo, Ferreira (1999) afirma que o papel do enfermeiro é crucial no apoio à família no restabelecimento do equilíbrio e na assimilação da perda sofrida. De acordo com o mesmo autor, os principais problemas observados nos familiares são as perturbações cognitivas, afetivas e comportamentais que por sua vez, acarretam alterações na vida pessoal, social e profissional.

Por sua vez, Cerqueira (2004) propõe que se sugira à família voltar ao serviço/instituição para partilhar acontecimentos e exprimir as suas mágoas e ressentimentos, defendendo que “o trabalho de luto exige uma atitude interdisciplinar de acolhimento, de presença e de escuta” (p.30). Jardim (2006) corrobora esta perspetiva, contudo refere que é comum que as pessoas, sentindo tristeza, construam muros em redor, tendo assim uma predisposição para o isolamento. Refletindo sobre o que foi dito neste capítulo e em jeito de conclusão pode-se assim referir que o enfermeiro deve mostra-se disponível para escutar as preocupações da família, facilitando a comunicação e a interação na resolução de problemas; ao articular os recursos disponíveis, proporcionando a satisfação de algumas necessidades, fazendo com que a família se sinta ajudada/ auxiliada.

Cabe ao enfermeiro e sem qualquer sombra de dúvida que este nas suas intervenções deve-se encontrar desperto para o reconhecimento e satisfação das mesmas, com base no estabelecimento de uma relação de confiança, no desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

CONCLUSÃO

Enfrentar o fim da vida é uma das situações mais dolorosas que uma pessoa pode experimentar. A morte pode ser um momento de imobilização e crise ou um potencial de crescimento. Assim, o luto é um período de adaptação, que exige uma transição cognitiva e relacional, ou seja, o processo de luto envolve alterações nas funções, nas relações e nas identidades. No que se refere especificamente ao luto antecipado, este pode ser considerado como uma forma de luto, manifestada antes de ocorrer a perda propriamente dita, ou seja, quando se verifica uma perda anunciada.

Os Cuidados Paliativos consistem em cuidados ativos, complexos, prestados a pessoas com doença grave, incurável, progressiva, em estado avançado e/ou terminal, através da implementação de cuidados que visam o controlo de sintomas, o alívio do sofrimento e a promoção da dignidade e da qualidade de vida. Mais focalizado, a filosofia dos Cuidados Paliativos preconiza que os cuidados à Pessoa com uma doença terminal sejam ativos e globais e visem “melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias (...), através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais.” (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010, p.7). Face ao exposto, na prestação de cuidados ao doente em fase terminal destaca-se a importância do enfermeiro acompanhar o doente/família ao longo da fase final da vida, porque estes vivenciam um grande sofrimento emocional.

Assim, também a família, que acompanha e assiste o doente em fase terminal, necessita de ser cuidada pelo enfermeiro. Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio são competências/capacidades essenciais para a prática de cuidados humanizados. Todos os momentos devem ser acompanhados com compaixão, humanidade e atenção às necessidades do doente e da família. E, quando a morte acontece, há que respeitar o corpo e a família enlutada, de modo a conferir a dignidade intrínseca a que qualquer pessoa tem direito, mesmo após a sua morte.

A elaboração deste trabalho permitiu desenvolver e consolidar conhecimentos fundamentais para intervir junto da família do doente em situação paliativa, no sentido de desenvolver uma comunicação eficaz com a mesma, dada a pertinência do estabelecimento da relação de ajuda e parceria de cuidados quer com o doente, quer com a sua família. Só com o desenvolvimento destas competências se podem garantir uma relação de empatia com o outro ajudando-o a viver a sua realidade, obtendo assim implicações positivas na prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APARÍCIO, Maria C. L.- A satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. [Em linha], Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2008. 153p. [Consult. 15 Junho. 2013]. Disponível em WWW: < <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1012> >.

- ASTUDILLO, Wilson; MENDINUETA , Carmen; ASTUDILLO, Edgar.- La asistencia a la familia ante una muerte esperada. In Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Espanha: Ediciones Universidad de Navarra, 2002. 618 p. ISBN:84-313-1966-6.

- BARBOSA, António. Luto. In BARBOSA, António; NETO, Isabel G.- Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos- Centro de Bioética – Faculdade de Medicina, 2006. 485p. ISBN: 978-972-9349-21-8.

- CERQUEIRA, Maria M. A. – Luto na família: cuidar dos que ficam. Lisboa: Nursing. Ano 15, nº 149 (Dez. 2004), p. 28-33. ISSN 0871-6196.

- CURRY, Stephan – Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente na UCI – Revista Nursing. ISSN 0871-6196. p. 26-30.

- DINIS, Rogério P.A.B.- A família do idoso: o Parceiro Esquecido- Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos Enfermeiros. [Em linha], Universidade Aberta. 2006. [Consult. 1 Junho. 2013]. Disponível em WWW:<<http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/727>>

- FERREIRA, Luís – Luto: Quem dá “vida” aos que ficam? Lisboa: Pensar Enfermagem. Vol. 3, nº 2 (1999), p. 41-44. ISSN 0873-8904

- FERREIRA, Paulo A. C. – Algumas considerações para a compreensão da ansiedade perante a doença terminal e a morte. Coimbra: Sinais Vitais. Nº 58 (Jan. 2005), p. 41-45. ISSN 0872-0844.

- HENZEZEL, Marie de – Nós não nos despedimos: Uma reflexão sobre o fim da vida. 1ª ed. Paris: Editorial Notícias, 2001. 199 p. ISBN 972-46-1198-1.

- JARDIM, Tânia M. de A- – Lidar com a perda: a vida após a morte. Lisboa: Servir. Vol. 54, nº 4 (Jul.-Ago. 2006), p. 199-202. ISSN 0871-2370.

- LIMA, M. – O enfermeiro e o doente em fase terminal [Em linha]. 2006. [Consult. 2 Junho. 2013]. Disponível em:

WWW:<URL:http://www.oredemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=280>.

- LOPES, Wilma; MAIA, Olga – O Enfermeiro e a Morte. Lisboa: Informar, nº 21. (Abr.-Jun. 2000), p. 30- 32.

- MARTIN, M^a. P. Barreto; ZAFRA, M. Molero – La comunicacion com La família. Claudicacion familiar – In LÓPES, I. Eulalia – Enfermaria en Cuidados paliativos – Madrid, Editorial Panamericana, 2000.

- MATSUMOTO, Dalva Y. – Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In Manual de Cuidados Paliativos – Academia Nacional de cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 340p. ISBN 978-85-89718-27-1.

- MOREIRA, Isabel M.P.B.- O doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família. Coimbra: Formasau, 2001. 154p. ISBN 972-8485-22-0.

- NETO, Isabel G.- Princípios e Filosofia dos cuidados Paliativos In BARBOSA, António; NETO, Isabel G.- Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos- Centro de Bioética – Faculdade de Medicina, 2006. 485p. ISBN: 978-972-9349-21-8.

- PACHECO, Susana- Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspetiva ética. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-30-4.

- PANGRAZZI, Arnaldo – Conviver com a perda de uma pessoa querida. Lisboa: Artipol, 1999. ISBN 972-751-300-X.

- PEREIRA, Maria G.; LOPES, Cristiana.- O Doente Oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi, 2002. 119p. ISBN: 972-796-064-2.

- PEREIRA, Sandra Martins – Cuidados Paliativos: Confrontar a morte. Lisboa: SerSilito, 2010. 179 p. ISBN 978-972-54-0279-5

- RODEIA, João.- O Enfermeiro perante o doente Terminal. Lisboa: Servir, Nº 46 (1998). P. 110-113. ISSN: 0871-2370.

- TWYLCROSS, Robert – Cuidados Paliativos. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2001. 184p. ISBN 972-796-00-4.

APÊNDICE II

Questionário sobre a percepção dos enfermeiros sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Questionário sobre a percepção dos enfermeiros sobre o sorriso como uma
estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem

Ana Lúcia Ferreira Louro

Aluno nº 192012007

Sob orientação da Prof. Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, Maio de 2013

Encontrando-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretendo realizar um estudo exploratório sobre a percepção dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de Enfermagem.

Solicito, neste sentido, a sua colaboração no preenchimento do questionário. Os resultados deste questionário servirão apenas as finalidades do mesmo.

Por favor, responda a todas as questões sem colocar o seu nome em nenhuma folha, pois as respostas são anónimas e confidenciais, destinando-se apenas para este estudo. Em média o tempo gasto no preenchimento deste questionário é de aproximadamente 10 minutos.

Grata pela sua compreensão e imprescindível colaboração.

Atenciosamente,

(Ana Louro)

GRUPO I – Caracterização da amostra

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta.

1. Dados Pessoais

1.1 Sexo:

1- Masculino 2 - Feminino

1.2 Idade: ____ anos.

2. Dados na Instituição

2.1 Nível de formação em Cuidados Paliativos:

1- Pós Graduação 3 – Com estágio em Cuidados Paliativos
2- Mestrado 4 – Sem estágio em Cuidados Paliativos

2.2 Tempo de exercício profissional: _____ anos.

2.3 Tempo de exercício profissional em Cuidados Paliativos: _____ anos.

GRUPO II – Importância do sorriso nos cuidados de enfermagem

Assinale com uma cruz (X), o grau de importância que melhor traduz a sua opinião, sendo que o 1 é menos importante e 5 mais importante.

1. No contexto da sua prática clínica, que importância atribui à humanização dos cuidados de enfermagem.

1 2 3 4 5

2. No contexto da intervenção de enfermagem, que importância atribui ao sorriso como:

2.1 Forma de alívio em muitas situações de sofrimento, sobretudo quando se trata de doentes em ambiente hospitalar.

1 2 3 4 5

2.2 Meio facilitador de confiança, de encorajamento, que proporciona uma sensação de maior apoio ao doente.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.3 Meio facilitador de comunicação entre os doentes e os enfermeiros, que conforta e transmite orientação ao doente, permitindo o estabelecimento de uma relação empática.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4 Como coadjuvante na terapêutica dos doentes submetidos a tratamento clínico.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Relativamente às afirmações que se seguem, tendo em conta o contexto de cuidados de enfermagem, assinale com uma cruz (X) a sua opinião:

3.1 Palavras pronunciadas com calor e atenção, acompanhadas de um sorriso provocam aos doentes um estado de bem-estar.

Não concordo	É indiferente	Concordo	Concordo plenamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2 O enfermeiro que contacta com o doente hospitalizado influencia-o pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser e expressão.

Não concordo	É indiferente	Concordo	Concordo plenamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.3 Os doentes valorizaram as habilidades interpessoais nos cuidados de enfermagem, em vez de suas habilidades técnicas, atribuindo valor ao sorriso, tido como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Não concordo	É indiferente	Concordo	Concordo plenamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.4 O sorriso contribui para a promoção do cuidado emocional.

Não concordo É indiferente Concordo Concordo plenamente

3.5 Os enfermeiros que sorriem com frequência transmitem confiança nos cuidados prestados, permitem a expressão de sentimentos e a colocação de dúvidas.

Não concordo É indiferente Concordo Concordo plenamente

3.6 O sorriso surge como um processo eficaz na relação de ajuda, na medida em que complementa e dá mais sentido às palavras que são proferidas.

Não concordo É indiferente Concordo Concordo plenamente

3.7 Sorrir permite demonstrar disponibilidade e estimular o desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Não concordo É indiferente Concordo Concordo plenamente

4. Assinale com uma cruz (X) a sua resposta:

4.1 Considera o sorriso como uma das formas de desenvolver o cuidado integral ao cliente?

Sim Não É indiferente

4.2 Adota o sorriso como um dos instrumentos de humanização na rotina diária de trabalho?

Sim Não É indiferente

Mais uma vez obrigada pela sua colaboração.

Por favor, antes de entregar o questionário verifique se respondeu a todas as questões.

APÊNDICE III

Apresentação gráfica e análise de resultados do estudo exploratório sobre a percepção dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem

Apresentação gráfica e análise de resultados do estudo exploratório sobre a percepção dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem

O estudo exploratório consistiu na aplicação de um questionário para conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem.

Caracterização da amostra:

- 14 Enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos

Sexo:

- 4 enfermeiros do sexo masculino
- 10 enfermeiros do sexo feminino

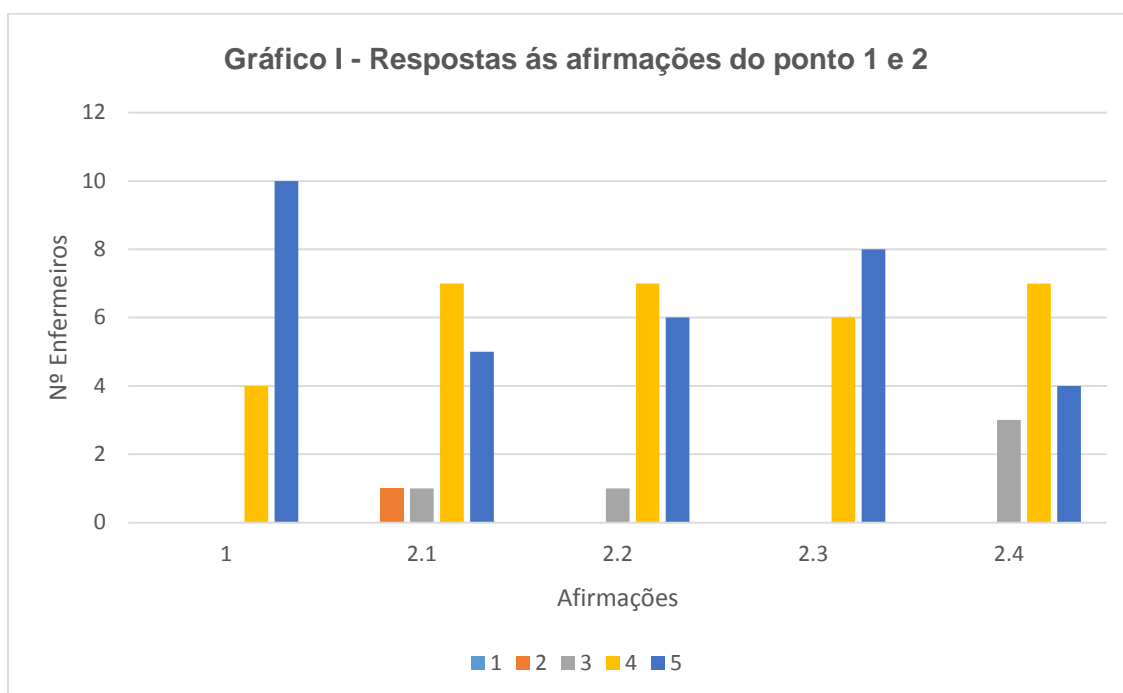
Idade: compreendidas entre os 27 e os 48 anos (média de idades de 31,42 anos)

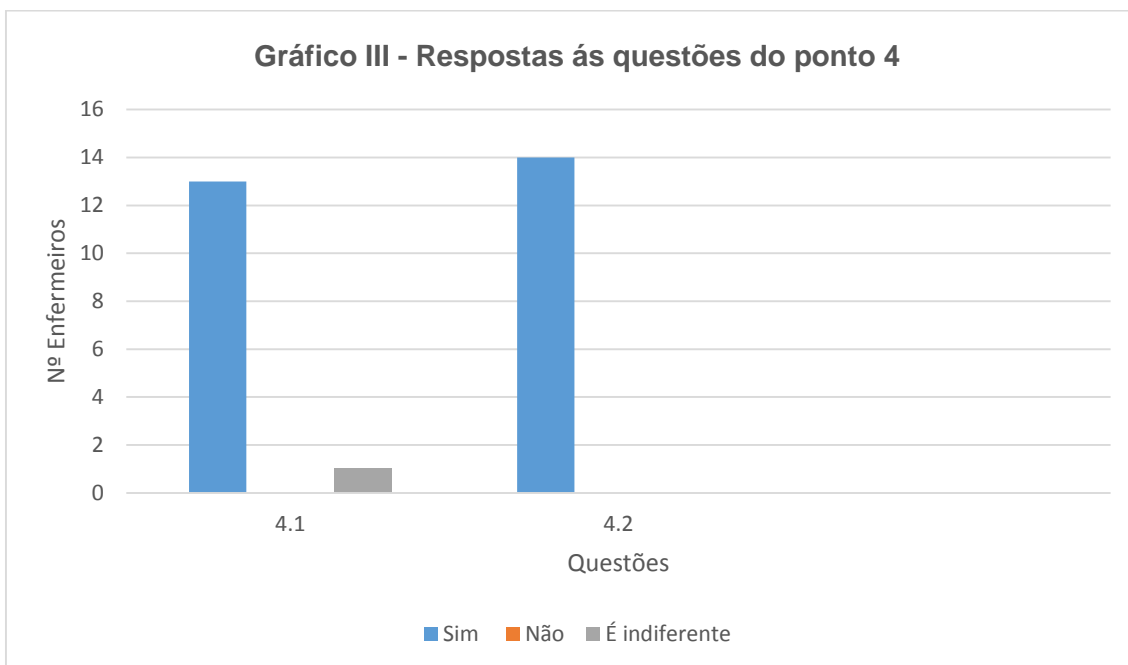
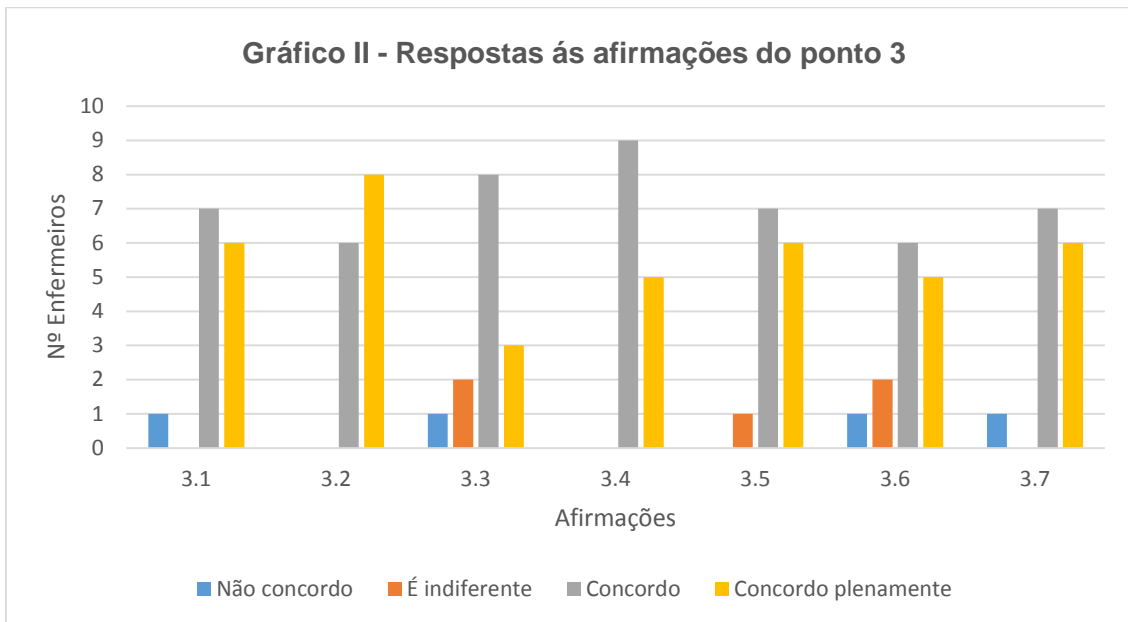
Nível de Formação em Cuidados Paliativos:

- 10 enfermeiros com Pós-Graduação em Cuidados Paliativos;
- 4 enfermeiros com Mestrado em Cuidados Paliativos

Tempo de exercício profissional: desde os 5 aos 22 anos (média de tempo de exercício profissional de 8,78 anos)

Tempo de exercício profissional em Cuidados Paliativos: varia entre 0 a 11 anos (média de tempo de exercício profissional em Cuidados Paliativos de 5,28 anos)





Tendo em conta a reduzida amostra e as respostas dadas, pode-se concluir que a maioria dos enfermeiros com formação avançada em Cuidados Paliativos corrobora com os resultados apresentados na revisão sistemática da literatura. Considero assim ser significativo o grupo de enfermeiros que atenta o sorriso como uma estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem.

APÊNDICE IV

Plano da ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

Plano de Ação de Sensibilização

Tema: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

População alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos

Nº sessões: 1

Tempo: 10 min.

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Paliativos

Dia: 18/06/2013

Hora: 15h30

Formadores: Ana Lúcia Louro

Objetivos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Métodos	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a equipa da enfermagem para a importância do sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa e sua família 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição do conceito de comunicação Implicações da comunicação na prática O papel do sorriso nos cuidados de enfermagem Apresentação de resultados da revisão sistemática de literatura 	<ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo: através da apresentação de <i>Power-Point</i> Método Ativo: através da discussão 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Projektor Tela de projeção Questionário de avaliação da ação de sensibilização 	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de avaliação da ação de sensibilização Nível de interação na discussão após a ação de sensibilização Interesse demonstrado na ação de sensibilização

APÊNDICE V

Ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados

Ana Louro

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Lisboa, 2013

Comunicação: o jogo da influência na relação com a pessoa cuidada

Comunicar consiste em exprimir-se e permitir ao outro fazê-lo

Implica que se tenha a capacidade de perceber, escutar e ouvir o outro, bem como apreender o que se passa no interior de cada ser comunicante (emissor e recetor), identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam no recetor.

(Phaneuf, 2005)

Comunicação:

o jogo da influência na relação com a pessoa cuidada

As trocas comunicacionais abarcam dois elementos centrais:

- o “quê” da mensagem – conteúdo
- o “como” - parte mais afetiva ligada à forma como é transmitida.

Há, por vezes, diferenças relevantes no significado que comunicam estes dois fatores.

(Santos & Shiratori, 2005).

Comunicação:

o jogo da influência na relação com a pessoa cuidada

- * As emoções de um dos parceiros comunicativos, percebidas pelo consciente ou pelo inconsciente do outro, despoletam as suas próprias emoções.

As palavras pronunciadas por um enfermeiro distraído ou frio, que podem acarretar uma reação emotiva de frustração ou de exaltação na pessoa cuidada.

As palavras pronunciadas com calor e atenção, acompanhadas de um sorriso provocam-lhe um estado de bem-estar.

(Orti, Moraes & Vitor, 2004)

Comunicação: o jogo da influência na relação com a pessoa cuidada

Comunicar consiste em influenciar.

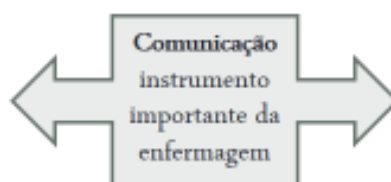


A pessoa doente está peculiarmente vulnerável e o enfermeiro que contacta com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mormente pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras, nos seus gestos e nas suas expressões faciais.

(Santos & Shiratori, 2005).

Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem

Possibilita o
relacionamento
terapêutico
enfermeiro/doente



É através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos.

A comunicação é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade.

Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem

- É necessário que o enfermeiro seja bom ouvinte, expresse um olhar atencioso e empático, transmitido através do **sorriso**, como meio de confortar e ajudar a recuperar a autoestima do doente hospitalizado, cujo cuidado emocional é extremamente importante para a melhoria da sua qualidade de vida.

(Orsi, Moraes & Vitor, 2004).



Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem

- O sorriso nos cuidados de enfermagem funciona como um meio facilitador de confiança, de encorajamento, proporciona uma sensação de maior apoio ao doente e transmite conforto e orientação.

Ford (2009)



Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem – Revisão Sistemática da Literatura

Metodologia

- * Objectivo da revisão: identificar o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar.
 - o Questão de investigação: Qual o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar?
 - o Método de pesquisa:
 - Bases de dados: *Medline/Pubmed e B-on*
 - Horizonte temporal de 7 anos (2005 até 2012)
 - Incluídos 3 artigos

Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem



- o A interação que os doentes estabelecem com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliá-los face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.

Apresentação dos resultados

Identificação do Artigo		Ford, S. (2009). Patients view smiling as 'best' indicator of nurse skill. <i>Nursing</i> , Times Net.
P	Participantes	32 doentes, com idades compreendidas entre os 30 e os 96, tratados numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital dos EUA.
I	Intervenções	Verificar se os doentes vêem o sorriso como 'melhor' indicador de habilidade dos enfermeiros, nos cuidados prestados.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados	Os resultados demonstraram que os doentes valorizaram as habilidades interpessoais nos cuidados de enfermagem, em vez de suas habilidades técnicas, atribuindo valor ao sorriso, tido como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Os doentes descreveram os enfermeiros como: amigáveis, reveladores de interesse pela pessoa do outro, com compaixão, bons ouvintes. Referiram que os enfermeiros eram alegres, sorriam com frequência, o que lhes transmitia confiança nos cuidados prestados e lhes permitia a expressão de sentimentos e a colocação de dúvidas. O sorriso assumiu-se como um meio facilitador de comunicação entre os doentes e os enfermeiros, estabelecendo-se, deste modo, uma relação empática.
S	Desenho do estudo	Estudo qualitativo, com recurso a entrevistas e à análise de conteúdo.

Apresentação dos resultados

Identificação do Artigo		Backes D.S; Koerich M.S. & Erdmann, A.L. (2007). Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> vol. 15 n°1 Ribeirão Preto.
P	Participantes	17 profissionais da equipa multiprofissional de uma instituição hospitalar da Região Sul, entrevistados em três grupos amostrais.
I	Intervenções	Procurar os significados dos valores e princípios que norteiam a prática dos profissionais da saúde, a fim de alcançar os valores que balizam a humanização.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados	Os dados demonstraram que é possível desenvolver novas competências, capazes de provocar uma re-significação dos valores e princípios que balizam a humanização, visando o trabalho como realização pessoal/profissional, aliando a competência técnica e a humana na prática dos profissionais e vivenciando o cuidado humanizado. Os autores concluíram também que houve enfermeiros a responderem que há doentes e familiares a perceber o sorriso e a sensibilidade do profissional do profissional de saúde, mormente dos enfermeiros, argumentando que há doentes que afirmam que não são apenas os medicamentos que os curam e os acalmam, a simpatia e o sorriso de quem cuida deles, em contexto hospitalar, também é um fator importante e como estratégia para aliviar o seu sofrimento e afastar os seus receios.
S	Desenho do estudo	Estudo de abordagem qualitativa. Foi utilizada a metodologia preconizada pela Teoria Fundamentada nos Dados, que resultou na construção de um modelo teórico, que teve como fio condutor "humanizando o cuidado pela valorização do ser humano".

Apresentação dos resultados

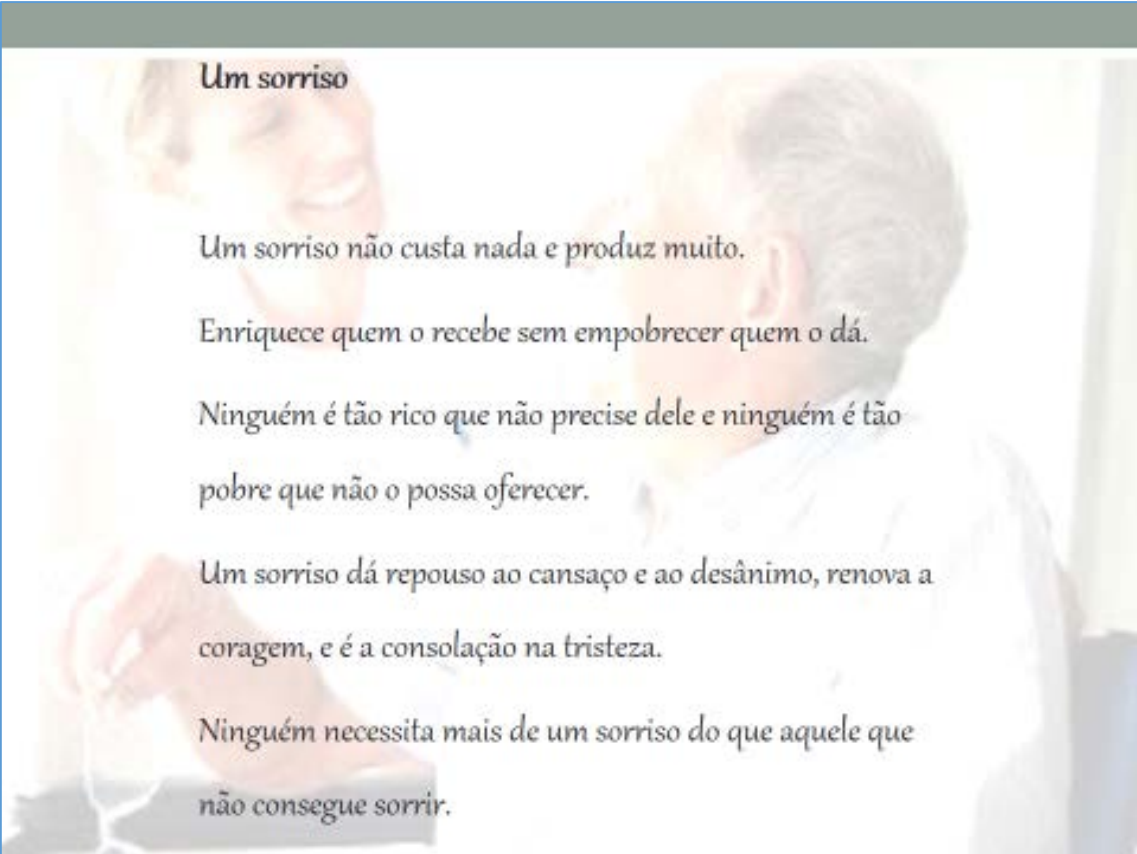
Identificação do Artigo		Souza, M.L. et al. (2005). O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. <i>Contexto Enfermagem</i> , 14(2): 266-270.
P	Participantes	Bases bibliográficas
I	Intervenções	Refletir sobre uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem elegendo a dimensão ético-política e alguns aspetos histórico-filosóficos que o caracterizam; Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma conceção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, na sua complexidade, as suas escolhas, inclusive, a escolha da enfermagem como uma profissão.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados	O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a perceção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.
S	Desenho do estudo	Revisão sistemática da literatura.

Principal conclusão

O sorriso assume-se como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados.

A confiança e a cooperação mútuas no processo de interação entre os enfermeiros e os doentes, podem ser veiculadas através de um simples sorriso, dada a relevância que a comunicação não verbal tem na relação de ajuda.

O sorriso surge, assim, como um processo eficaz na relação de ajuda, na medida em que complementa e dá mais sentido às palavras que são proferidas, tendo em conta que as expressões faciais, os gestos, o sorriso exprimem mensagens que completam as mensagens transmitidas pelas palavras.



Um sorriso

Um sorriso não custa nada e produz muito.

Enriquece quem o recebe sem empobrecer quem o dá.

Ninguém é tão rico que não precise dele e ninguém é tão pobre que não o possa oferecer.

Um sorriso dá repouso ao cansaço e ao desânimo, renova a coragem, e é a consolação na tristeza.

Ninguém necessita mais de um sorriso do que aquele que não consegue sorrir.

Bibliografia

Backes D.S; Koerich M.S. & Erdmann, A.L. (2007). Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.15 nº1 Ribeirão Preto.

Ford, S. (2009). Patients view smiling as 'best' indicator of nurse skill. *Nursing*, Times Net.

Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência (Edições técnicas e científicas, Lda.).

Lopes, A.L.M. & Fracollí, L.A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto e Contexto de Enfermagem*; 17(4): 771-8.

Melo, R.C.C.P. (2008). A Relação de Ajuda; Contextos e Práticas em Enfermagem, *Servir*, 2: 67-73.

Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa: Lusociência.

Bibliografia

Oriá, M.O.B.; Moraes, L.M.P. & Victor, J.F. (2004). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, nº2, Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Sandelowski, M. & Barroso, J. (2003). Focus on research methods: toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Res Nurs Health*. 2003 Apr; 26(2):153-70.

Santos, C.C.V. & Shiratori, J. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4):434-7.

Saraiva, D.M.R.F. (2008). Refletir o Cuidar em Enfermagem. *Nursing*, 230: 14-20.

Souza, M.L.; Sartori, V.V.B.; Padilha, M.I.C.S. & Prado, M.L. (2005). O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Contexto Enfermagem*; 14(2): 266-270.

APÊNDICE VI

Póster: “O papel do sorriso nos cuidados de enfermagem”

O papel do sorriso nos cuidados de enfermagem

Introdução: A prática de enfermagem abarca uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente, destacando-se a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste contexto, há que ter em conta que todo o ato humano comunica, mesmo sendo através da linguagem não verbal, como é exemplo o sorriso. O sorriso nos cuidados de enfermagem pode ser um meio facilitador de confiança, de encorajamento, proporcionando uma sensação de maior apoio ao doente, transmite-lhe conforto e orientação.

Objetivo: Com base no exposto, objetivou-se, com uma revisão sistemática da literatura, identificar o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar.

Metodologia: A investigação foi feita sobre bases de dados electrónicas, estabelecendo-se um horizonte temporal entre 2007 e 2012. Na condução da revisão sistemática da literatura foi utilizada a metodologia PI[C]OS e a técnica de análise e integração de dados por metassumário. Foram identificados apenas três estudos, cujos achados foram analisados e sintetizados.

Resultados: A análise dos três artigos, objeto de estudo, permitiu contactar com práticas de enfermagem caracterizadas como humanas, onde o sorriso se assume como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados, sendo esta uma opinião partilhada pelos autores, nos artigos analisados.

Conclusão: A confiança e a cooperação mútuas no processo de interação entre os enfermeiros e os doentes, podem ser veiculadas através de um simples sorriso, dada a relevância que a comunicação não verbal tem na relação de ajuda.

O sorriso surge assim como um processo eficaz na relação de ajuda, na medida em que complementa e dá mais sentido às palavras que são proferidas, tendo em conta que as expressões faciais, os gestos, o sorriso exprimem mensagens que completam as mensagens transmitidas pelas palavras.

Bibliografia

- Backes, D.S.; Koerich, M.S. & Erdmann, A.L. (2007). Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 nº1 Ribeirão Preto.
- Ford, S. (2009). Patients view smiling as 'best' indicator of nurse skill. Nursing, Times Net.
- Fórtin, M.F. (2009). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência (Edições técnicas e científicas, Lda).
- Lopes, A.L.M. & Fracollí, L.A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto e Contexto de Enfermagem; 17(4): 771-8.
- Melo, R.C.C.P. (2008). A Relação de Ajuda; Contextos e Práticas em Enfermagem, Servir, 2: 67-73.
- Moniz, J.M.N. (2003). A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa. Lisboa: Lusociência.
- Orsi, M.O.B.; Moraes, L.M.P. & Victor, J.F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, nº2. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2003). Focus on research methods: toward a metanalysis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. Res Nurs Health. 2003 Apr; 26(2):153-70.
- Santos, C.C.V. & Shiratori, J. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 58(4):434-7.
- Saraiva, D.M.R.F. (2008). Refletir o Cuidar em Enfermagem. Nursing, 230: 14-20.
- Souza, M.L.; Sartori, V.V.B.; Padilha, M.I.C.S. & Prado, M.L. (2005). O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Contexto Enfermagem; 14(2): 266-270.



Um sorriso

Um sorriso não custa nada e produz muito.

Enriquece quem o recebe sem empobrecer quem o dá.

Ninguém é tão rico que não precise dele e ninguém é tão pobre que não possa oferecer.

Um sorriso dá repouso ao cansaço e ao desânimo, renova a coragem, e é a consolação na tristeza.

Ninguém necessita mais de um sorriso do que aquele que não consegue sorrir.

Realizado por: **Ana Lúcia Ferreira Louro** - Estudante do Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do Estágio Opcional na Unidade de Cuidados Paliativos sob orientação da Prof. Doutora Patrícia Pontífice de Sousa.

Revisão Sistemática da Literatura realizada no âmbito da Unidade Curricular de Métodos de Investigação, sob orientação da Prof. Doutora Helena José.

Junho, 2013

APÊNDICE VII

Questionário de avaliação da ação de sensibilização: "O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados"

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

DESIGNAÇÃO DA ACÇÃO: O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados

LOCAL – Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz

A sua opinião sobre a acção de sensibilização é de extrema importância para que se possa proceder a uma apreciação crítica da mesma. Assim, solicita-se que responda às questões que se seguem, colocando uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponda à sua opinião, mediante a escala apresentada.

Todas as informações disponibilizadas serão consideradas confidenciais.

Agradece-se o seu contributo.

1. Relativamente aos objectivos da acção de sensibilização, expresse o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes itens:

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito
1.1 Conhecimento dos objetivos da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Clareza dos objetivos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Concretização na prática dos objetivos propostos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Relativamente ao conteúdo da acção de sensibilização, expresse o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes itens:

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito
2.1 Compreensão do conteúdo programático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Interesse do conteúdo programático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2.3 Adequação do conteúdo da acção à função desempenhada
- 2.4 Duração da ação relativamente ao seu conteúdo
- 2.5 Correspondência entre os objetivos da ação e os conteúdos programáticos

3. De forma geral, expresse o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes itens:

- | | Muito Satisfeito | Satisfeito | Pouco Satisfeito | Insatisfeito |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 Expectativas satisfeitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Pertinência da ação para o desempenho das suas funções | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Grau de sensibilização e nível autoconfiança adquiridos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Utilidade da ação de sensibilização para a prática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

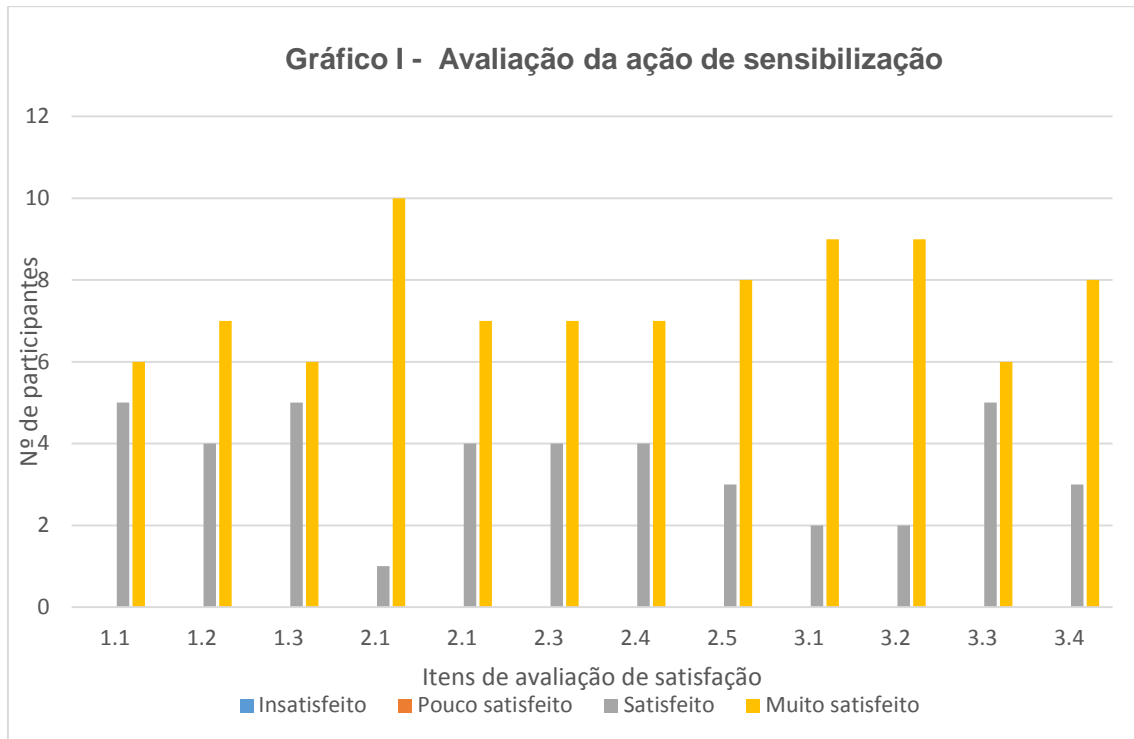
Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE VIII

Apresentação gráfica e análise de resultados da avaliação da ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

Apresentação gráfica e análise de resultados da avaliação da ação de sensibilização: “O sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados”

A aplicação de um questionário para avaliação da ação de sensibilização pretende avaliar o grau de satisfação dos participantes. Estiveram presentes na ação de sensibilização 11 participantes.



Pode-se constatar que, maioritariamente, a equipa ficou muito satisfeita relativamente aos objetivos (ponto 1 do questionário de avaliação), conteúdo (ponto 2 do questionário de avaliação) e expectativas (ponto 3 do questionário de avaliação) da ação de sensibilização sobre a importância do sorriso como estratégia promotora de cuidados de enfermagem humanizados.

Assim, considero ter sido importante e útil a ação realizada, no sentido de os profissionais incluírem o sorriso na sua prática de cuidados, de forma a prestar cuidados de enfermagem mais humanizados.

APÊNDICE IX

Consulta dos registos de enfermagem sobre acolhimento da família e respetivas intervenções -
Apresentação gráfica dos resultados e sua análise

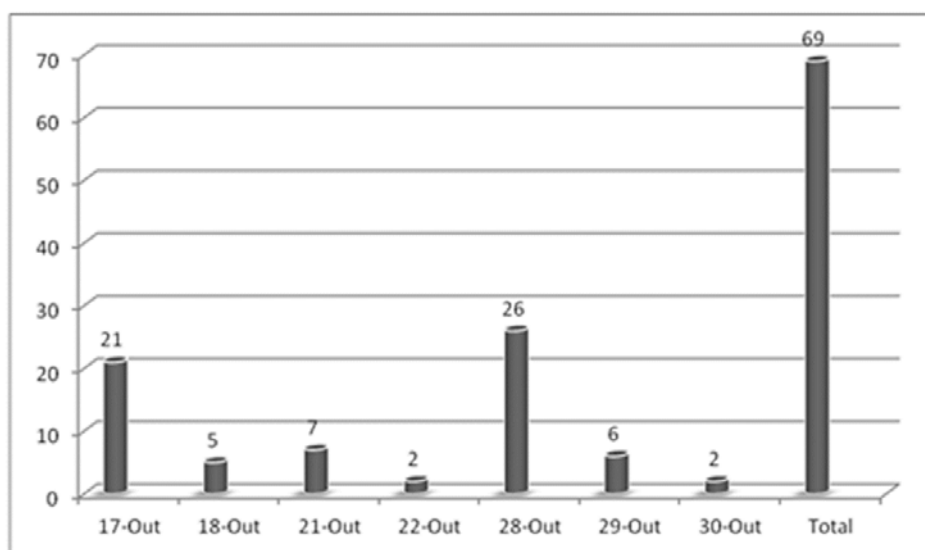
Consulta dos registos de enfermagem sobre acolhimento da família e respetivas intervenções - Apresentação gráfica dos resultados e sua análise

Consulta de registos no período de 17/10/13 a 31/10/2013

Objetivo: Conhecer a prática de enfermagem relativamente ao acolhimento da família / pessoa significativa através da consulta de registos sobre acolhimento da família e respetivas intervenções.

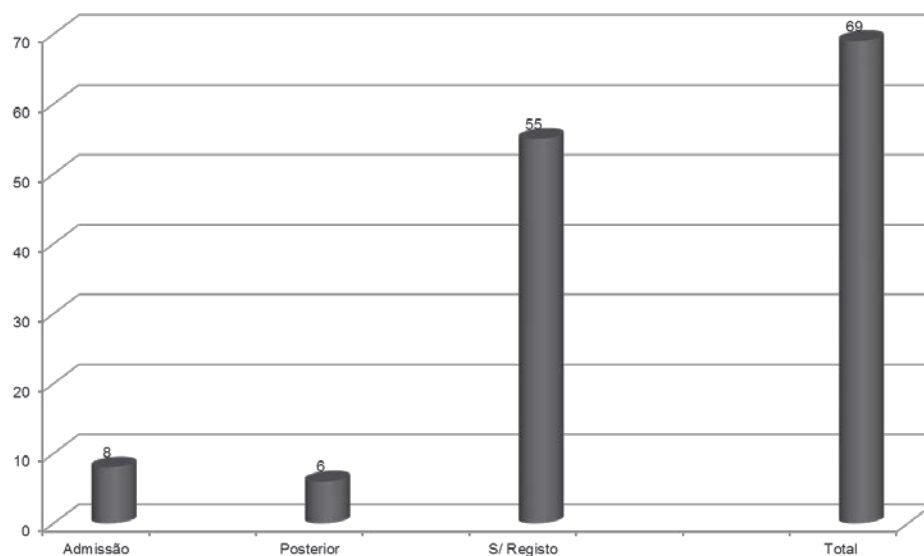
Nº total de registos consultados: 69

Gráfico 1 - Nº de registos de enfermagem consultados, por dia



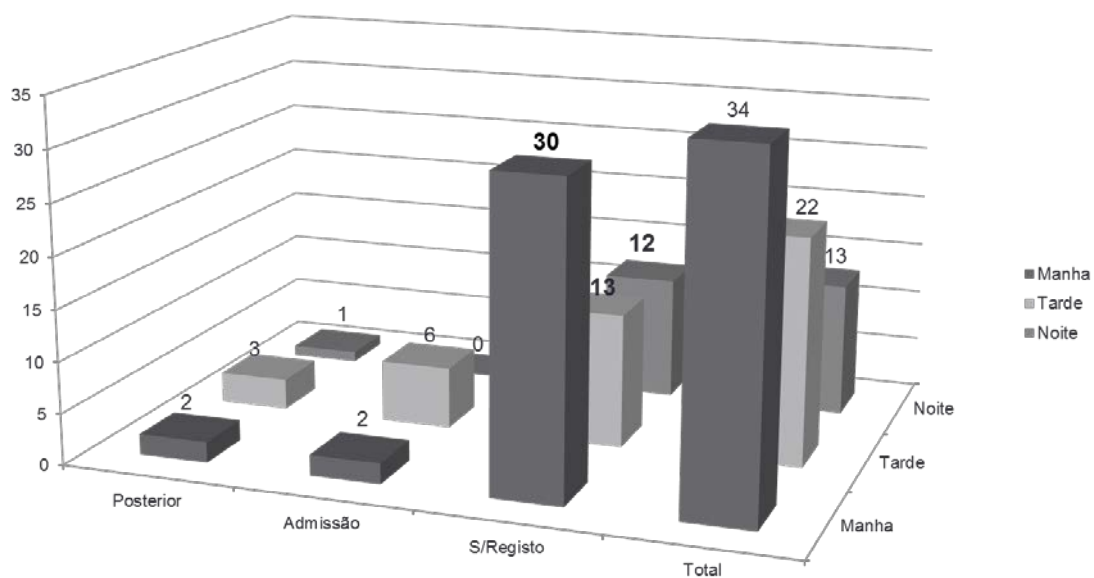
Análise: Dos 69 registos consultados, 21 foram no dia 17, 5 no dia 18, 7 no dia 21, 2 no dia 22, 26 no dia 28, 6 no dia 29 e 2 no dia 30 de Outubro.

Gráfico 2 - Nº de registos de enfermagem consultados por momento do acolhimento



Análise: Relativamente ao momento de acolhimento, dos 69 registos consultados, 8 foram realizados no momento da admissão, 6 foram realizados posteriormente à admissão, e nos restantes 55 registos não havia registos sobre o acolhimento.

Gráfico 3 - Nº de registos de enfermagem consultados, por momento do acolhimento por turno



Análise: Fazendo a análise por turno:

- Foram consultados 34 registos realizados no turno da manhã, em que em 30 não havia registo de acolhimento, em 2 havia registo de acolhimento no momento da admissão e em 2 havia registo de acolhimento em momentos subsequentes à admissão do doente/família.

- Foram consultados 22 registos realizados no turno da tarde, em que em 13 não havia registo de acolhimento, em 6 havia registo de acolhimento no momento da admissão e em 3 havia registo de acolhimento em momentos subsequentes à admissão do doente/família.

- Foram consultados 13 registos realizados no turno da noite, em que em 12 não havia registo de acolhimento e num havia registo de acolhimento em momento subsequente à admissão do doente/família.

Tabela 1.

Registo de acolhimento à família na admissão

Data de admissão: de 17/10 a 31/10

		Dia	17	17	18	21	21	28	28	30
		Turno	T	T	T	T	T	M	M	T
Houve registo em texto de:	1. Apenas realizado acolhimento		✓							
	2. Avaliação das necessidades da família na admissão									
	2.1 Prestação de apoio; facilitar a expressão de emoções/sentimentos/ dúvidas				✓				✓	
	2.2 Explicação da situação do doente				✓			✓	✓	✓
	2.3 Explicação das rotinas / normas da unidade e função dos equipamentos		✓		✓	✓		✓		
	3. Fornecimento de guia de acolhimento		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Registo interv. autónomas	Estabelecer ligação com o prestador de cuidados, família						✓			✓
	Explicar as normas de funcionamento da Unidade						✓			✓

Análise: Nos 8 registos de acolhimento realizados no momento da admissão, foram analisadas as intervenções de enfermagem registadas que nos campos de registo em texto, quer nos campos de registo de intervenções autónomas.

Nos campos de texto escrito verificou-se que:

- Em apenas dois registos foi descrito que era prestado apoio e facilitada a expressão de emoções, sentimentos e dúvidas;

- Em 4 registos foi descrito que tinha sido explicada a situação do doente;

- Em 4 registos foi descrito que tinham sido explicadas as rotinas, normas da unidade e função dos equipamentos.

- Em 7 registos foi descrito que tinha sido entregue o guia de acolhimento da unidade.

Relativamente ao registo no campo das intervenções autónomas, havia apenas 2 registos que contemplavam as 2 intervenções consideradas: Estabelecer ligação com prestador de cuidados/família; Explicar as normas de funcionamento da unidade.

Após a análise dos resultados, conclui-se que:

- ❖ O acolhimento à família deve ser valorizado como um cuidado importante para a prática da UCI.
- ❖ A equipa de enfermagem deve estabelecer com a família uma relação eficaz no atendimento das suas necessidades perante a experiência de internamento de um familiar em ambiente crítico.
- ❖ Deve possibilitar-lhe ajuda e suporte, demonstrar disponibilidade, ser acessível e perceptiva, inseri-la no ambiente da UCI como elemento a ser integrado no cuidado.
- ❖ Porém, **os resultados obtidos através da consulta dos registos demonstram que esta prática está pouco documentada.**
- ❖ Assim, torna-se urgente a prestação de cuidados de enfermagem humanizados à família do doente internado em UCI.

APÊNDICE X

Plano da ação de sensibilização “Acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI – Intervenções e Registos de Enfermagem”

Plano de Ação de Sensibilização

Tema: “Acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI – Intervenções e Registos de Enfermagem”

População alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos

Nº sessões: 2

Tempo: 20 min.

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos

Dias: 8/11/2013 e 11/11/2013

Formadores: Ana Lúcia Louro

Objetivos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Métodos	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar da equipa de enfermagem para a importância do acolhimento à família e pessoas significativas na UCI Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com estado de saúde crítico ou com potencial risco e sua família 	<ul style="list-style-type: none"> Contextualização do acolhimento em UCI Implicações do acolhimento na prática Intervenções de enfermagem Importância dos registos de enfermagem Exposição da norma de acolhimento Apresentação dos resultados do estudo exploratório 	<ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo: através da apresentação de <i>Power-Point</i> Método Ativo: através da discussão 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Projetor Tela de projeção 	<ul style="list-style-type: none"> Nível de interação na discussão após a ação de sensibilização Interesse demonstrado na ação de sensibilização Participação e atenção demonstradas na ação de sensibilização

APÊNDICE XI

Ação de sensibilização “Acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI – Intervenções e Registos de Enfermagem”

ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

Acolhimento à família e pessoas significativas dos doentes internados na UCI – Intervenções e Registos de Enfermagem

Ana Louro

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Lisboa, 2013

OBJECTIVO:

- SENSIBILIZAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA E PESSOAS SIGNIFICATIVAS NA UCI, COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM HUMANIZADOS.

Acolher a família da pessoa internada na UCI porquê????

UCI - ambiente hostil
Gravidade da situação clínica



- Momento de crise
- Desencadeamento de respostas de stress e ansiedade, implicando uma mudança global no sistema familiar.

Gotardo & Silva (2005)
Silva & Santos (2010)

Acolhimento em UCI -- Doente / Família --

Sendo a família uma extensão da pessoa doente, cuidar desta requer que se cuide igualmente dos seus familiares;



A doença afeta o indivíduo no seu todo - nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual - repercutindo-se na família e nos padrões de interação estabelecidos.

Silva & Santos (2010)

Que intervenções de enfermagem?



Intervenções de enfermagem

O Enfermeiro tem o dever de:

- a) “Informar o indivíduo e família no que respeita a Cuidados de Enfermagem.”
- c) “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.”

Artigo 84.º

Do dever de informação

Código Deontológico

(Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)

Intervenções de enfermagem

Avaliação das
necessidades da família

1. Prestar apoio; facilitar a expressão de emoções/sentimentos/dúvidas
2. Explicar a situação do doente
3. Explicar as rotinas / normas da unidade e função dos equipamentos
4. Fornecer de guia de acolhimento



Registos

Beccaria et al (2008)
Frizon, Nascimento, Bertocello & Martins (2012)
Gotardo & Silva (2005)
Maestri et al (2012)
Silva & Santos (2010)
Urden, Stacy & Lough (2008)

Registos

----- no momento da admissão e nas visitas subsequentes -----

- ✓ Informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- ✓ Quem visitou a pessoa, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem.



Os registos são o
testemunho da
nossa prática do
cuidar!!

Martins et al (2008)

Norma da UCI / Evidência Científica

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO N.º 4

RESOLUÇÃO N.º 1 DA DSE

ÁREA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

DATA SETEMBRO 2006

1. MOTIVO:

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA E PESSOAS SIGNIFICATIVAS DOS CLIENTES INTERNADOS NA UCI

2. ÂMBITO:

QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE / FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA

3. PESSOAL ABRANGIDO:

TODOS OS ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS PELA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA UCI

4. PONTOS IMPORTANTES:

- Informar sobre o funcionamento do Serviço
- Receber informação sobre o cliente, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando a diferentes dimensões da PESSOA
- Criar condições favoráveis ao estabelecimento de uma relação de apoio, que deverá ser concretizada a longo do internamento
- Incentivar a pessoa significativa na parceria de cuidados ao cliente
- Fornecer guia de acolhimento e explicar sucintamente os conteúdos, à pessoa significativa para o cliente.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

Quando o visitante entra na sala de visitas da UCI, será recebido pela Secretária de Unidade e na sua ausência pela ANM, que questionará o mesmo se é a primeira visita ou subsequentes:

5.1. Se for a primeira visita:

A Secretária de Unidade/ANM informará o Enfermeiro Responsável pelo cliente e este deve:

- Validar com o cliente, caso a sua situação o permita, se deseja receber a visita da pessoa;
- Dirigir-se à pessoa, na sala de visitas e apresentar-se pelo nome;
- Informar qual a unidade em que o cliente se encontra;
- Antecipar a visita, informando sobre a situação em que o cliente se encontra, no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;
- Habitar-se disponível para esclarecer dúvidas, estabelecendo desde o início uma relação empática;
- Fornecer guia de acolhimento à pessoa significativa e assinalá-lo tornando-se num Enfermeiro de Referência para aquela pessoa;
- Acompanhar o visitante até junto do cliente;
- Sempre que o cliente não consiga fornecer informações, registar com a pessoa significativa a disponibilidade e o momento para a obtenção de informações no âmbito da avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos informáticos, como antecedentes de saúde, dados relevantes da dinâmica sócio-familiar, grau de dependência em atividades de vida diária e nome pelo qual gosta de ser habitualmente tratado;
- Receber o contacto telefónico da pessoa mais significativa, caso não se encontre no processo do cliente;

MANUAL DA UNIDADE DE CIDADÃOS INTERNADOS

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

- Registrar toda a informação de forma a garantir a qualidade e a continuidade de cuidados.

5.1. Se não for a primeira visita:

A Secretária de Unidade/ANM informará o Enfermeiro Responsável pelo cliente da presença do visitante e acompanhá-lo até junto do Enfermeiro após indicação desta.

O Enfermeiro deverá:

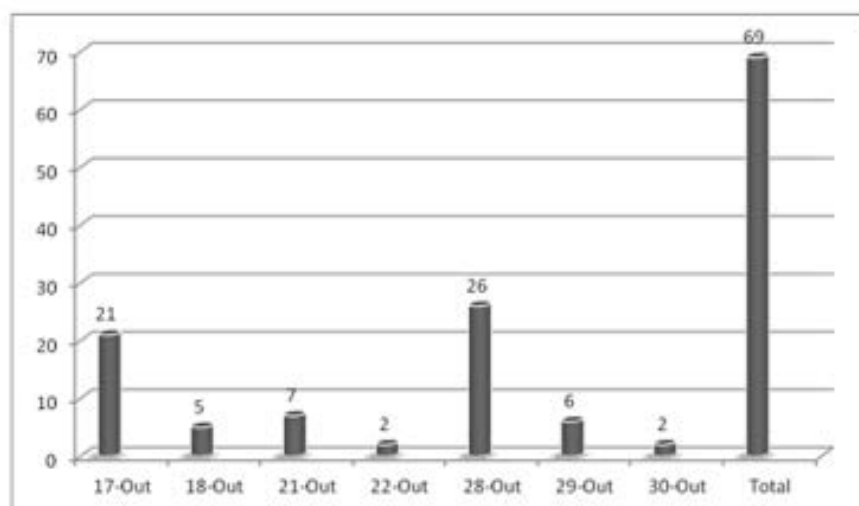
- Receber a visita na zona de trabalho aberta;
- Dirigir-se à pessoa e apresentar-se pelo nome (caso não a tenha já feito em anteriores visitas);
- Antecipar sobre a situação actual do cliente, no que respeita aos cuidados de enfermagem e, preferencialmente, acompanhar o visitante até ao cliente;
- Receber-se disponível para esclarecer dúvidas, promovendo uma relação empática;

5.2. Guia de acolhimento:

- O guia de acolhimento deve encontrar-se na secretária de unidade;
- Informação que deve conter:
 - Morada e número de visitas em permanência simultânea junto do cliente;
 - Nome do Médico e Enfermeiro Responsáveis pela UCI;
 - Contactos telefónicos;
 - Nome do Enfermeiro de Referência (registado no momento da entrega);
 - Local para colocar roupa do cliente e unidade em que se encontra;
 - Indicações para as visitas: localização das salas à entrada na UCI, elevador e TM ao entrar na UCI, number ambiente calmo, proibição de fumar;
 - Serviço de apoio da instituição aos familiares: espaço económico, cafeteria, banco, loja, entre outros.

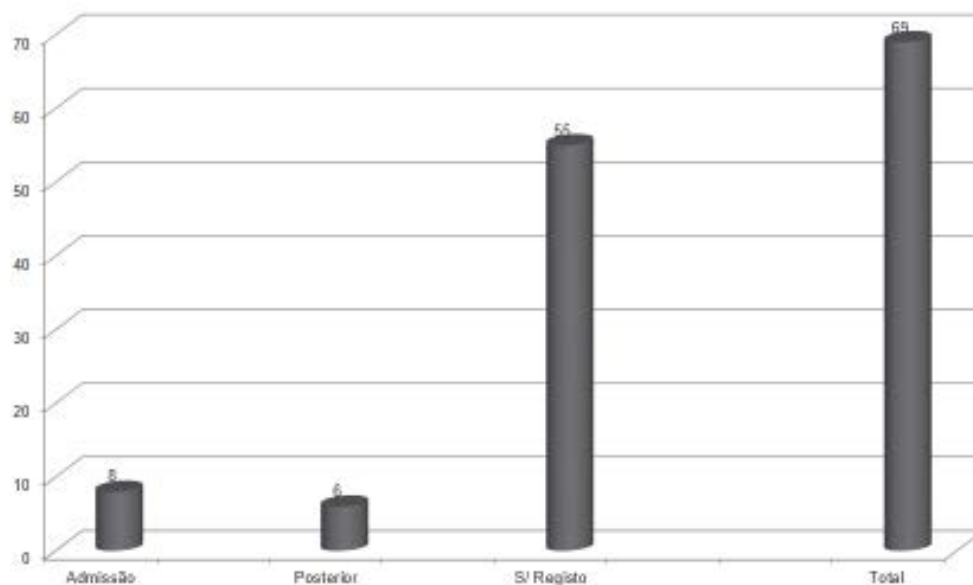
Apresentação dos resultados

Gráfico 1 - Nº de registos de enfermagem consultados, por dia



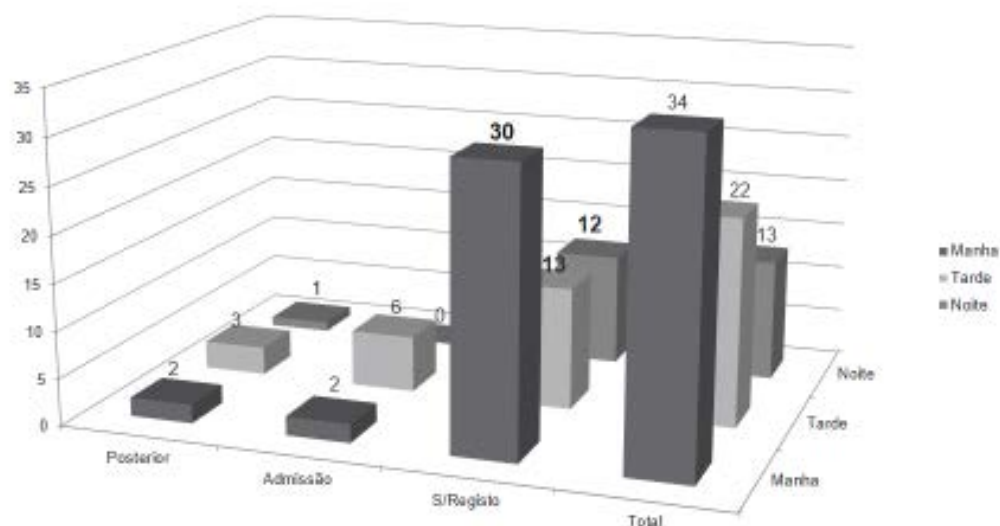
Apresentação dos resultados

Gráfico 2 - Nº de registos de enfermagem consultados por momento do acolhimento



Apresentação dos resultados

Gráfico 3 - Nº de registos de enfermagem consultados, por momento do acolhimento por turno



Apresentação dos resultados

Tabela 1 Registo de acolhimento à família na admissão

Data de admissão: de 17/10 a 31/10

		Dia	17	17	18	21	21	28	28	30
		Turno	T	T	T	T	T	M	M	T
Houve registo em texto de:	1. Apenas realizado acolhimento		✓							
	2. Avaliação das necessidades da família na admissão									
	2.1 Prestação de apoio; facilitar a expressão de emoções/sentimentos/dúvidas				✓				✓	
	2.2 Explicação da situação do doente				✓			✓	✓	✓
	2.3 Explicação das rotinas / normas da unidade e função dos equipamentos				✓	✓		✓		
	3. Fornecimento de guia de acolhimento			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Registo interno, autónomas	Estabelecer ligação com o prestador de cuidados, família						✓			✓
	Explicar as normas de funcionamento da Unidade						✓			✓

Conclusão

O acolhimento à família deve ser valorizado como um cuidado importante para a prática da UCI.

A equipa de enfermagem deve estabelecer com a família uma relação eficaz no atendimento das suas necessidades perante a experiência de internamento de um familiar em ambiente crítico.



Deve possibilitar-lhe ajuda e suporte, demonstrar disponibilidade, ser acessível e perceptiva, inseri-la no ambiente da UCI como elemento a ser integrado no cuidado.

Porém, os resultados obtidos através da consulta dos registos, demonstram que esta prática está pouco documentada.

Assim, torna-se urgente a prestação de cuidados de enfermagem humanizados à família do doente internado em UCI.



Discussão ...

Se Enfermagem tem um papel importante no acolhimento à família, porque não se regista?

Estarão as dificuldades para o cuidado à família relacionadas com o medo do envolvimento emocional?

Com a falta de preparação para lidar com as necessidades da família?

Com a falta de disponibilidade?

Não estarão os profissionais despertos para esta estratégia promotora de cuidados humanizados?

Bibliografia

- Beccaria, L. M. et al (abr-jun 2008). Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq. Ciênc. Saúde*: 15 (2): 65-69.
- Frizon, G., Nascimento, E. R. P., Bertonecello, K. C. G. & Martins, J. J. (mar 2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre: 32 (1): 72-78.
- Gotardo, G. I. B. & Silva, C. A. da (2005). O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UERJ*; 13: 223-228.
- Maestri, E., Nascimento, E. R. P., Bertonecello, K. C. G. & Martins, J. J. (jan-mar 2012). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes da unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro: 20 (1): 73-78.
- Marques, I. R. & Souza A. R. de (jan-fev 2010). Tecnologia e Humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*, Brasília: 63(1): 141-144.
- Martins, A. et al (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, Vol. 12 N.º 2 2º Semestre.
- Martins, J.J. et al (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*; 10(4):1091-1101. disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>.
- Silva, S. F. da & Santos, I. dos (abr-jun 2010). Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.*, 14 (2): 230-235.
- Urden, L. D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta, 5ªed. ISBN 978-989-8075-08-6. 1265p.

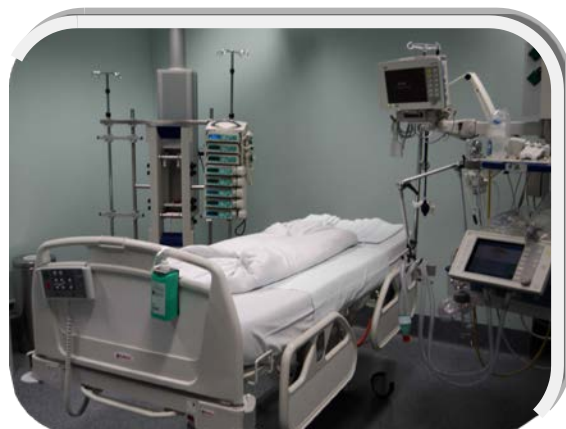
APÊNDICE XII

Póster: Acolhimento na UCI - Aos familiares e pessoas significativas

Acolhimento na UCI - Aos familiares e pessoas significativas

Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

- ◆ Área onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico.
- ◆ Equipa médica e de enfermagem presente 24h.
- ◆ 8 boxes individualizadas que garantem a privacidade e dignidade dos doentes.
- ◆ Cada box tem um conjunto de equipamentos que garante uma correta vigilância e tratamento.
- ◆ Existe uma diversidade de equipamento que produz uma variedade de ruídos, os chamados alarmes. Pode acontecer surgir sons ou luzes.



Atenção, que não significa necessariamente que algo de errado esteja a acontecer!

Visitas e informações

- * É inquestionável a importância da presença da família junto do doente na Unidade de Cuidados Intensivos.
- * Dispomos de um horário de visitas amplo: **das 11:00H às 21:00H**. Situações excecionais serão avaliadas caso a caso.
- * **Mantenha-se dentro da box do doente.** Pode e deve tocar e falar com o doente, mesmo que ele não lhe responda e que lhe pareça que ele não o ouve ou sente.
- * As informações fornecidas pelos familiares podem ajudar a equipa a entender o doente.
- * Existe um enfermeiro responsável por cuidar do doente que se encontra disponível para dar informações.

A informação clínica será transmitida á pessoa significativa/de referência do doente e essa será responsável pela transmissão aos restantes membros significativos.

Normas de funcionamento

Antes e depois da visita deverá **lavar cuidadosamente as mãos** no lavatório, existente na entrada da UCI.

Não deverá sentar-se ou colocar objetos pessoais em cima da cama do doente.

Existe na unidade um cacifo disponível para guardar os seus objetos pessoais.

APÊNDICE XIII

Procedimento: “A comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em sala de observação do AMP”

1. NOME:

A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE RELAÇÃO NO CUIDADO AO CLIENTE ADMITIDO EM SALA DE OBSERVAÇÃO DO AMP

2. ÂMBITO:

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM HUMANIZADOS AO CLIENTE URGENTE E FAMÍLIA

3. PESSOAL ABRANGIDO:

ENFERMEIROS DO AMP

4. PONTOS IMPORTANTES:

- A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente. Torna-se clara, portanto, a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste sentido, a comunicação é um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional. É a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro – cliente/família, é através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos (Phaneuf, 2005).
- A comunicação é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade (Oriá, Moraes & Vitor, 2004).
- O cliente/família em contexto de urgência, quase sempre em situação crítica, encontra-se geralmente em estado de bastante ansiedade e stress, num ambiente desconhecido e temido, requerendo portanto mais atenção em aspetos como a interação e a comunicação (Dal Pai & Lautert, 2005; Andrade et al, 2009).
- Vários estudos¹ realizados no contexto de urgência apontam como estratégias comunicacionais numa relação terapêutica:

¹ Baggio, M. A., Callegaro, G. D., & Erdmann, A. L. (Set-Out de 2008). Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5): 552-557.

Oliveira, T. R., & Simões, S. M. (Abril de 2013). A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. *Enfermeria Global*, nº 30, pp. 91-105. ISSN 1695-6141.

Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. (2007). Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2): 242-249.

Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. (Abr/ Jun de 2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(2): 358-365.

- O **acolhimento**, que consiste numa atitude relacional de primeiro contacto, em que o profissional de saúde demonstra estar disponível e atento às mensagens que lhe estão a ser transmitidas. O enfermeiro dispensa atenção na relação, escuta e valoriza as queixas e as necessidades do cliente/família.

- A **verdadeira escuta**, que permite acolher a palavra do outro, proporcionando ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente. O saber escutar traduz-se por um comportamento físico (postura); observação (olhar o outro) e o escutar propriamente dito (audição). Estas atitudes demonstram o interesse e a atenção dispensadas ao cliente, devendo o enfermeiro estar atento á mensagem verbal e gestual.

- O **silêncio**, uma forma não verbal em que o enfermeiro comunica ao cliente a sua aceitação. Ao emitir uma mensagem, o enfermeiro deve saber fazer pausas na comunicação verbal para assim incentivar o cliente/família a prosseguir e expor o seu pensamento.

- A **empatia**, que implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, e transmitir-lhe essa compreensão, sabendo no entanto manter a distância que permite a relação terapêutica.

- A **congruência**, que implica que o enfermeiro deve ser autêntico e ele próprio. O enfermeiro deve demonstrar presença física e humana, disponibilidade para, desta forma, aceder à totalidade da pessoa. Corresponde á concordância entre o que o enfermeiro pensa e sente, e aquilo que exprime; é ser verdadeiramente aquilo que se é.

- O **respeito**, devendo-se respeitar o **outro como pessoa humana, com as suas características individuais**, suas crenças e valores e transmitir-lhe o facto de que é um ser único no seu modo de estar no mundo e que merece o respeito máximo.

- A **autenticidade**, que se manifesta pela capacidade do enfermeiro ser verdadeiro e ele próprio. Esta atitude supõe espontaneidade e sinceridade, assim como ausência de comportamentos defensivos por parte do profissional.

- O **toque**, que deve ser intencional, espontâneo e de conhecimento, pois só assim o enfermeiro pode seleccionar adequadamente o momento em que ele deve acontecer, sendo que sempre que se proporcionar é importante como gesto de proximidade e de afecto; o toque afectivo é uma expressão espontânea de sentimentos, uma forma de confortar, de “estar com”. Pode comunicar carinho, bem-estar e facilitar a aceitação da doença e a recuperação da saúde ajudando a estabelecer sentimentos de confiança, segurança e partilha.

- O **calor humano**, que une as pessoas, funciona como o catalizador das relações humanas, fazendo sentirem-se bem vindas, alegres e descontraídas. O calor humano não só comunica por si, como enriquece outros comportamentos facilitadores da comunicação como o respeito, genuinidade e empatia, essenciais para construir uma relação de ajuda. O calor humano é demonstrado através da postura, um sorriso, um contacto visual directo, um toque. Pode também ser demonstrado verbalmente.

- O estabelecimento de uma **relação de ajuda** com o cliente/família através de uma comunicação eficaz ajuda-o a gerir o sentimento de gravidade da sua vivência de doença/crise. O enfermeiro deve desenvolver e utilizar estas competências de relação de ajuda para assegurar um ambiente encorajador e estimulante.
- A prestação de cuidados humanizados deve ser realizada por meio de um relacionamento interpessoal através da comunicação verbal e não verbal, contribuindo para amenizar a ansiedade e o medo do desconhecido do cliente/família em contexto de urgência (Versiani *et al*, 2012).
- A interação que o cliente/família estabelece com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliá-lo face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

O enfermeiro responsável pelo cliente em SO:

- Apresenta-se pelo nome e categoria profissional e refere que será o enfermeiro responsável pelo mesmo;
- Comunica com o cliente, tratando-o pelo nome preferido;
- Acolhe o cliente/família em SO, fornecendo com exatidão e prontidão a informação necessária para que estes se sintam integrados na nova realidade em que se encontram (meio hospitalar), nomeadamente:
 - Que é permitida a presença de um familiar por cliente, sendo solicitada a sua saída sempre que necessário
 - Horário de visita preconizado das 9h às 22h
- Escuta o cliente/família, demonstrando atenção e interesse, de forma a identificar as suas necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente.
- Demonstra uma atitude de aceitação, fazendo pausas na comunicação verbal para assim incentivar o cliente/família a prosseguir e expor o seu pensamento.
- Estabelece desde o início uma relação empática. Compreende o utente/família e transmitir-lhe essa compreensão, no entanto, mantém a distância que permite a relação terapêutica.

- É autêntico e ele próprio. Transmite informações de forma congruente e verdadeira. Demonstra presença física e humana, apresentando-se disponível para o esclarecimento de dúvidas.
- Respeita o outro como pessoa humana, com as suas características individuais, suas crenças e valores.
- Utiliza o toque sempre que se proporcionar, como gesto de proximidade e de afeto, estabelecendo com o cliente/família sentimentos de confiança, segurança e partilha.
- Explica ao cliente/família a sua situação atual no que respeita a cuidados de enfermagem, assim como o funcionamento dos equipamentos existentes, com vista a reduzir a ansiedade e obter colaboração;

Bibliografia

- ❖ Andrade L.M., Martins E.C., Caetano J.A., Soares E., Beserra E.P. (2009). Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 11(1):151-157. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.
- ❖ Dal Pai, D., & Lautert, L. (março de 2005). Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 58 (2): 231-234.
- ❖ Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- ❖ Oriá, M.O.B.; Moraes, L.M.P. & Victor, J.F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, nº2, Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- ❖ Versiani, C. D., Silva, K. M., Bretãs, T. C., Marques, F., Souto, S. G., Magalhães, D. O., et al. (Julho de 2012). Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. *EFDeportes.com*, Revista digital, Nº17, Disponível em <http://www.efdeportes.com/>.

APÊNDICE XIV

Plano da ação de sensibilização: “A comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO”

Plano de Ação de Sensibilização

Tema: “A Comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO”

População alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência

Nº sessões: 2

Tempo: 10 min.

Local: Sala de passagem de turno do SO

Dias: 30/1/2014 e 31/1/2014

Formadores: Ana Lúcia Louro

Objetivos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Métodos	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar da equipa de enfermagem para estratégias de comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente urgente / alto risco e sua família 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição do conceito de comunicação Contextualização para a prática Implicações da comunicação na prática Estratégias comunicacionais numa relação terapêutica Apresentação da norma realizada 	<ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo: através da apresentação de <i>Power-Point</i> Método Ativo: através da discussão 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Projetor Tela de projeção 	<ul style="list-style-type: none"> Nível de interação na discussão após a ação de sensibilização Interesse demonstrado na ação de sensibilização Participação e atenção demonstradas na ação de sensibilização

APÊNDICE XV

Ação de sensibilização: “A comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO”

A Comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO



Ana Louro

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Lisboa, 2014

OBJETIVO

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente urgente / alto risco e sua família através da sensibilização da equipa de enfermagem para estratégias de comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados.



Comunicação

Habilidade indispensável ao desempenho profissional



Permite chegar às pessoas, mudar mentalidades e comportamentos

Possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro - cliente/família

(Phaneuf, 2005)

A comunicação é um importante aspeto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade.

Oriá, Moraes & Vitor (2004)



Cliente/família em contexto de urgência



- ❑ Situação crítica
- ❑ Estado de bastante ansiedade e stress
- ❑ Ambiente desconhecido e temido



Requerendo atenção em aspetos como a interação e a comunicação

Dal Pai & Lautert (2005)
Andrade et al (2009)



Estratégias comunicacionais numa relação terapêutica

- O acolhimento
- A verdadeira escuta
- O silêncio
- A empatia
- A congruência
- O respeito
- A autenticidade
- O toque
- O calor humano

Baggio, Callegaro & Erdmann (2008)
Oliveira & Simões (2013)
Souza, Silva & Nori (2007)
Zanelatto, & Dal Pai (2010)



A Comunicação como instrumento de relação no cuidado ao cliente admitido em SO – intervenções de enfermagem



nu310014 www.fotosearch.com



O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO CLIENTE EM SO:

- Apresenta-se pelo nome e categoria profissional e refere que será o enfermeiro responsável pelo mesmo.
- Comunica com o cliente, tratando-o pelo nome preferido.
- Acolhe o cliente/família em SO, fornecendo com exatidão e prontidão a informação necessária para que estes se sintam integrados na nova realidade em que se encontram (meio hospitalar).



- Escuta o cliente/família, demonstrando atenção e interesse, de forma a identificar as suas necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente.
- Demonstra uma atitude de aceitação, fazendo pausas na comunicação verbal para assim incentivar o cliente/família a prosseguir e expor o seu pensamento.
- Estabelece desde o início uma relação empática. Compreende o utente/família e transmite-lhe essa compreensão, no entanto mantém a distancia que permite a relação terapêutica.



- É autêntico e ele próprio. Transmite informações de forma congruente e verdadeira. Demonstra presença física e humana, apresentando-se disponível para o esclarecimento de dúvidas.
- Respeita o outro como pessoa humana, com as suas características individuais, suas crenças e valores.



- Utiliza o toque sempre que se proporcionar, como gesto de proximidade e de afeto, estabelecendo com o cliente/família sentimentos de confiança, segurança e partilha.
- Explica ao cliente/família a sua situação atual no que respeita a cuidados de enfermagem, assim como o funcionamento dos equipamentos existentes, com vista a reduzir a ansiedade e obter colaboração.



Conclusão



O estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente/família através de uma comunicação eficaz ajuda-o a gerir o sentimento de gravidade da sua vivência de doença/crise. O enfermeiro deve desenvolver e utilizar estas competências de relação de ajuda para assegurar um ambiente encorajador e estimulante.

A prestação de cuidados humanizados deve ser realizada por meio de um relacionamento interpessoal através da comunicação verbal e não verbal, contribuindo para amenizar a ansiedade e o medo do desconhecido do cliente/família em contexto de urgência.

A interação que o cliente/família estabelece com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliá-lo face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.



Discussão / Sugestões



Bibliografia

•Andrade L.M., Martins E.C., Caetano J.A., Soares E., Bezerra E.P. (2009). Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 11(1):151-157. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a16.htm>.

•Dal Pai, D., & Lautert, L. (março de 2005). Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem; 58 (2): 230-234.

•Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

•Oriá, M.O.B.; Moraes, L.M.P. & Victor, J.F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, nº2, Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

•Versiani, C. D., Silva, K. M., Bretas, T. C., Marques, F., Souto, S. G., Magalhães, D. O., et al. (Julho de 2012). Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. EFDéportes.com, Revista digital, Nº17, Disponível em <http://www.efdeportes.com/>.

Referências bibliográficas

•Baggio, M. A., Callegaro, G. D., & Erdmann, A. L. (Set-Out de 2008). Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, 61(5): 552-557.

•Oliveira, T. R., & Simões, S. M. (Abril de 2013). A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. Enfermeria Global, nº 30, pp. 91-105. ISSN 1695-6141.

•Souza, R. B., Silva, M. J., & Nori, A. (2007). Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Revista Gaúcha de Enfermagem, 28(2): 242-249.

•Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. (Abr/ Jun de 2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Cienc Cuid Saude, 9(2): 358-365.

