



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA INTERVENÇÃO CONFORTADORA

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

Patrícia Andreia Pimenta de Castro Martins

LISBOA, Setembro de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCUA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA INTERVENÇÃO CONFORTADORA

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

Patrícia Andreia Pimenta de Castro Martins

Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, Setembro de 2014

Aos meus pais pelo amor, carinho, dedicação e exemplos de vida.

Aos meus irmãos e avós pela felicidade que trazem à minha vida.

A todas as pessoas que são importantes na minha vida...

Dentro da tristeza do
hospital
Está um doente necessitado
E do que mais precisa
É de ser confortado

O seu conforto
Depende dos enfermeiros
Que chegam a passar com
eles
Dias e noites inteiros

De noite ou de dia
Aqui ou em qualquer lugar
Os enfermeiros são precisos
Para cuidar do doente

Pois cuidar
É falar,
é dar a mão,
É ouvir
Pois os enfermeiros estão cá
Para ajudar
Para contrariar qualquer
senão
Pois na vida não há
oportunidade de repetir

José Vicente Rocha (14 anos)

AGRADECIMENTOS

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade em que elas acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

Ninguém é uma ilha, por isso gostaria de agradecer às muitas pessoas que me ajudaram a fazer deste projeto uma realidade.

À Professora Patrícia Pontífice de Sousa por todo o carinho, apoio, sabedoria e disponibilidade com que me orientou ao longo deste percurso. O meu profundo agradecimento por acreditar sempre nas minhas capacidades e competências profissionais.

Os meus sentidos agradecimentos a todos os Professores do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP pela disponibilidade e ensinamentos.

A todos os meus Orientadores de Estágio, o meu sincero obrigado pela partilha de conhecimentos e experiência... revelaram-se preciosos!

Tenho ainda de agradecer a todos os clientes e respetivas famílias que fizeram parte da minha vida durante este percurso, contribuindo para o meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira. Espero do fundo do coração que todo o trabalho desenvolvido tenha marcado a diferença e, sobretudo, que seja um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ser-me-ia impossível realizar este projeto sem o apoio e incentivo da Direção do meu local de trabalho, bem como da minha Enfermeira Chefe, Irene Morgado, que tudo fez para contribuir para a concretização deste meu sonho, apesar das várias dificuldades que foram contornadas.

Aos meus colegas, a quem devo também o meu obrigado.

Tenho uma dívida de gratidão para com os meus pais, a quem devo aquilo que sou, não só enquanto pessoa, como profissional... Obrigado pelo infindável apoio, carinho, amor, compreensão... foram um suporte fundamental e, sem dúvida, o meu porto de abrigo. Dedico-vos este trabalho...

Aos meus queridos irmãos. Tem sido uma alegria partilhar com vocês a mais longa de todas as viagens, essa coisa a que chamamos vida.

Queridos avós, obrigado pelo amor, alegria e incentivo que trazem à minha vida...

E, finalmente, obrigado a ti... pelo companheirismo e amor incondicional mas, sobretudo, por teres mudado o meu Mundo! Sei que olharás sempre por mim e, que de certa forma, “regressaste” a casa. Contigo um novo rasgo de luz e esperança surgiu nas nossas vidas.

... a todos, o meu sincero... Obrigado!

LISTA DE SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente

APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros

BO – Bloco Operatório

DM II – Diabetes Mellitus tipo II

EOT – Entubação Oro-traqueal

ESAS- Escala de avaliação de sintomas de Edmonton

ESMO - Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology

HTA – Hipertensão arterial

HSM – Hospital de Santa Maria

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva

IRC- Insuficiência Renal Crónica

NVPS – Non Verbal Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do exercício da prática de enfermagem

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SO – Serviço de Observação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UTMO – Unidade de Transplantes de Medula Óssea

WHO – World Health Organization

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

h – Hora

Hb – Hemoglobina

L/min – litros por minuto

Nº - Número

O2 - Oxigénio

p. – Página

Sat. O2 – Saturação de oxigénio

Sr. - Senhor

RESUMO

O presente Relatório de Atividades descreve, reflete, e analisa criticamente, o percurso realizado ao nível do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP). Com o intuito de adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, realizei os meus Estágios nos seguintes serviços: Unidade de Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Atendimento Médico Permanente (AMP) do Hospital da Luz. A área transversal do meu percurso é a “Escuta Ativa nos cuidados de enfermagem – Uma intervenção confortadora”.

A escuta ativa é uma arte situada no coração da prática do Enfermeiro e, por isso, cada um de nós deverá desenvolvê-la. Constitui-se a chave para a diminuição dos fatores de risco, impedindo complicações e melhora os resultados de saúde, permitindo que o cliente se sinta confortável, seguro e compreendido. No decorrer dos Estágios foi possível mobilizar esta área de conhecimento, tornando-a parte integrante do meu agir profissional, através da relação estabelecida com os clientes e sua família e da sensibilização dos enfermeiros para a sua prática na prestação de cuidados. Na Unidade de Cuidados Paliativos desenvolvi a temática inerente à promoção da Esperança nos cuidados de enfermagem com o objetivo de contribuir para a determinação do nível de esperança da pessoa internada. Realizei uma Ação de sensibilização, assim como um procedimento na área de prestação de cuidados que fornece orientações para a aplicabilidade da Escala de Esperança de Hearth, acompanhado de um separador/cartão de bolso com as principais intervenções de enfermagem que promovem a esperança. Na UCI promovi uma Ação de sensibilização sobre o cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família. Estructurei um procedimento e elaborei um artigo reflexivo sobre a temática. No AMP apresentei os resultados da minha Revisão Sistemática da Literatura à equipa de enfermagem, tendo simultaneamente sensibilizado para a importância da investigação em enfermagem. No desenvolvimento do Relatório descrevo os objetivos traçados e concretizados, através de atividades que permitiram o desenvolvimento de competências de Enfermeira especialista.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Enfermeira Especialista; Competências; Conforto; Escuta Ativa

ABSTRACT

This report describes activities, critically analyzes and reflects the route taken at the Masters in Nursing specialization in Medical-Surgical Nursing in the Institute of Health Sciences - Catholic University of Portugal (UCP-ICS). In order to acquire and develop those skills in providing care to the person in critical condition and his family realized my clinical teaching in the following services: Palliative Care Unit, Intensive Care Unit (ICU) and Permanent Medical Care (AMP) Hospital da Luz. The cross-sectional area of my journey is the "Active Listening in nursing - A comforting intervention," my goal is to mobilize this knowledge area in Clinical Teachings performed.

Active listening is an art in the heart of the practice of the nurse and, therefore, each of us must develop it. This is the key to the reduction of risk factors, preventing complications and improves health outcomes, allowing the client to feel comfortable, safe and understood. During the Internship was possible to mobilize this knowledge area, making it an integral part of my professional acting through the relationship established with clients and their families and raising awareness among nurses for their practice in providing care. At the Palliative Care Unit developed the theme inherent in the promotion of Hope in nursing care with the aim of contributing to the determination of the level of hope in hospitalized person. I made an action awareness, as well as a procedure in the area of care that provides guidelines for the applicability of the Hope Scale Hearth, accompanied by a pocket tab / card with key nursing interventions that promote hope. In UCI I promoted an Action to raise awareness about caring for the person who is end of life and your family. Structured procedure and reflective drafted an article on the subject. In AMP I presented the results of my Systematic Review of the Literature to the nursing team while taking sensitized to the importance of research in nursing. In developing the report describe the goals set and achieved through activities that allowed the development of skills of nurse specialist.

Keywords: Nursing; Nurse Specialist; Skills; Confort; Active Listening

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA CENTRAL AOS TRÊS MÓDULOS DE ESTÁGIO.....	18
1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:	
O LUGAR DA ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – CONTRIBUTO PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	19
PARTE II - CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE INTERVENÇÃO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS ESTÁGIOS.....	32
2- MÓDULO III OPCIONAL – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	33
2.3 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – MÓDULO III (OPCIONAL).....	34
3- MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS.....	50
3.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – MÓDULO II.....	51
4- MÓDULO I – URGÊNCIA.....	60
4.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE – MÓDULO I.....	61
5- CONCLUSÃO.....	71
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

ANEXOS

ANEXO I – Poster e cartão de bolso: “Comunicação de Más Notícias”

ANEXO II - Estudo de Caso: “ Intervenções de Enfermagem face à pessoa que desenvolve toxicidade induzida por opióides”

ANEXO III - Plano da Ação de Sensibilização: “A promoção da esperança nos cuidados de enfermagem: Em busca de uma luz ao fundo do túnel”

ANEXO IV - Dispositivos da Ação de Sensibilização: “A promoção da esperança nos cuidados de enfermagem: Em busca de uma luz ao fundo do túnel”

ANEXO V - Procedimento de Enfermagem com orientações para a aplicabilidade da Escala de Esperança de Hearth

ANEXO VI - Separador/Cartão de bolso com as principais ações de enfermagem que promovem a esperança e indicações relativamente ao uso da escala de Herth

ANEXO VII – Certificado de presença da formação denominada” Formação em nutrição – conceitos e procedimentos”

ANEXO VIII - Plano da Ação de Sensibilização: “ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”

ANEXO IX - Dispositivos da Ação de Sensibilização:“ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”

ANEXO X - Dispositivos da Ação de Sensibilização: “ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”

ANEXO XI - Artigo de reflexão: “ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”

ANEXO XII - Cartaz de Acolhimento ao cliente e família: Normas de funcionamento do SO

ANEXO XIII - Revisão Sistemática da Literatura: “O lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem”

ANEXO XIV - Plano da Ação de Sensibilização: “ A importância da Investigação em Enfermagem”

ANEXO XV - Dispositivos da Ação de Sensibilização: “ A importância da Investigação em Enfermagem”

INTRODUÇÃO

A saúde é um dos setores que está em permanente mudança em função das profundas alterações observadas nos hábitos das populações, assim como mudanças políticas, de valores e dos padrões éticos, entre outros. No sentido de dar resposta às necessidades sentidas pelas populações, tendendo sempre para uma uniformização (SERRA, 2012).

Face à complexidade e incerteza de uma economia internacionalizada e de uma forte concorrência entre organizações de saúde, são necessários recursos humanos capazes, ou seja, com competências para enfrentar os imprevistos e as mudanças constantes. Sendo que o conceito de competência implica conhecimento, habilidade e atitude, gostaria de referenciar a criatividade e a inovação, como exemplos, de ferramentas estratégicas fundamentais no processo de gestão e um diferencial para o Enfermeiro. Tais competências permitem o melhoramento e otimização das organizações, contribuindo para que a Enfermagem encontre alternativas para solucionar problemas no âmbito profissional.

A Enfermagem deve ser capaz não só de lidar com as mudanças instituídas por outrem como também ser agente facilitador das mesmas, crescendo com a experiência, atuando ativamente na sua implementação, assim como na avaliação da sua eficácia.

Todos os Enfermeiros deverão ter em consideração, na sua forma de ser e de estar, a capacidade de inovação e vontade de mudança, com o objetivo de atingirem um nível de excelência nos cuidados e serviços de enfermagem. Mesmo, sabendo que não é fácil mudar e que a mudança acarreta sempre insegurança. Segundo ALEIXO cada Enfermeiro tem o dever de para além de, defender a qualidade dos cuidados que efetua, ser um gestor dos mesmos, investindo na sua formação profissional, publicando achados, intervindo na sociedade sempre que possível e pertinente, trocando informações com os colegas num processo de melhoria contínua e enriquecimento da profissão.

Em Portugal, a Enfermagem tornou-se numa ciência autónoma, sendo-lhe atribuído um papel importante na sociedade que foi reconhecido pela primeira vez pelo Decreto-Lei

nº 161/96, de 4 de Setembro, REPE, no nº 1 do artigo 1º, que determina: *“a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde”*.

A Enfermagem é uma arte, mas também uma ciência, sendo necessário que os Enfermeiros, tal como nos diz BENNER, detenham o “saber” e que saibam “saber fazer”, durante a prática da disciplina, desenvolvida ao longo da sua experiência clínica (BENNER 2005, p.32). Atualmente, com a publicação da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, foram introduzidas novas alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e como fruto surgiu a concretização do Modelo de Desenvolvimento Profissional baseado num sistema de certificação de competências e de individualização das especialidades. Este modelo emergiu da necessidade sentida em se prestar cuidados de qualidade e diferenciados por Enfermeiros especialistas, centrados nas necessidades da pessoa/família, promovendo-se assim a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Por sentir esta necessidade, de prestar cuidados diferenciados e centrados nas necessidades da pessoa/família, iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, no ano letivo de 2012-2014, tendo como objetivo: *“o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido ao doente em estado crítico”* (UCP/ICS, Regulamento Geral, 2007 p. 8). No plano de estudos está contemplado um período de Estágio de 540 horas, que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na avaliação, diagnóstico, intervenção terapêutica e cuidado ao doente em estado crítico de médio e alto risco e sua família.

O Estágio é constituído por três módulos de 180 horas cada, nas vertentes Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e um Módulo Opcional, tendo optado pela

área dos Cuidados Paliativos. Esta escolha deveu-se a fatores pessoais e por ser uma área com a qual me identifico, enquanto Enfermeira. Os locais de Estágio foram previamente selecionados, em articulação com a Sr.^a Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, e a ordem de realização foi aleatória.

O tema central aos meus três ensinamentos clínicos é a promoção do conforto, utilizando como referencial a teórica KOLCABA para o desenvolvimento das várias atividades que, de acordo com a minha opinião, conduzem a este estado, podendo ser denominadas de intervenções confortadoras, tais como a promoção e prática da escuta ativa nos cuidados de enfermagem. Esta intervenção confortadora assumiu particular relevância em todos os meus ensinamentos clínicos. De acordo com SOUZA, PEREIRA E KANTORSKI (2003), uma das finalidades da escuta ativa nos cuidados de enfermagem é promover a compreensão, conforto e segurança do cliente. Tal como refere GONZALEZ (2008) no seu artigo, a escuta ativa é a chave para a diminuição dos fatores de risco, impedindo complicações e melhora os resultados de saúde. Permite que o doente se sinta confortável, seguro e compreendido. Considero uma temática pertinente, uma vez que nós enfermeiros assumimos um papel preponderante e privilegiado no cuidar da pessoa e, sabendo que o conforto é uma necessidade humana, também será uma intervenção desejada.

KOLCABA (2001) considera conforto como sendo uma experiência imediata e holística, consolidada pela satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Pelo que o enfermeiro deverá ter assim “*a subtilidade necessária para fazer de cada encontro e de cada cuidado prestado, (...) uma ocasião propícia para ajudar e proporcionar conforto*” (RIBEIRO E COSTA, 2012, p.150). Segundo as mesmas autoras na promoção do conforto, devem ainda estar implícitos princípios, atitudes e capacidades do enfermeiro, que revelem “*o reconhecimento do doente, o respeito, a sensibilidade, o compromisso, a preocupação, o conhecimento (...), a proximidade física e afetiva, a comunicação, o toque e o humor*”.

É deste teor e da reflexão pessoal sobre toda esta temática que decidi optar por esta área do conhecimento, procurando abraçar os meus valores, percurso profissional, interesses pessoais (gosto e motivação), interesse e utilidade profissional (orientação para a

prática) e contribuição para uma melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem. Para COUTINHO (2005) a humanização é parte integrante desta profissão, e qualquer intervenção ou acto de enfermagem, já que praticado por um ser humano e na medida em que se dirige a outro ser humano com igual valor e dignidade, só poderá ser humanizado. Por isso, e segundo mesmo autor, o facto da humanização dos cuidados ser uma temática cada vez mais atual e pertinente, constitui uma expressão da competência profissional.

O relatório é um instrumento que permite descrever os objetivos, estratégias e ações desenvolvidas no decorrer dos Estágios, identificando as linhas orientadoras que estabeleci para conduzir a minha formação, de acordo com o objetivo geral e objetivos específicos estabelecidos. Utilizando uma metodologia descritiva e analítica, este servirá de espelho do meu percurso formativo nos três locais de Estágio, tendo como principais finalidades: identificar as atividades/estratégias para atingir os objetivos definidos; reconhecer as competências desenvolvidas enquanto Enfermeira na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de médio e alto risco; dar a conhecer a análise crítico-reflexiva efetuada sobre as intervenções desenvolvidas nos Estágios.

Na construção deste documento usou-se a divisão em partes. Na parte I deste relatório procura-se fazer o enquadramento conceptual do tema transversal aos três Estágios. Na Parte II apresenta-se uma visão global dos campos de Estágio Atendimento Médico Permanente, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, seguida de uma descrição, das atividades e competências desenvolvidas de acordo com os objetivos traçados. Na conclusão, encontra-se as considerações finais do relatório, assim como as dificuldades sentidas e a forma como estas foram ultrapassadas. Por fim, encontram-se os anexos que ilustram e suportam o trabalho desenvolvido ao longo dos Estágios.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA CENTRAL AOS TRÊS MÓDULOS DE ESTÁGIO

Nesta primeira parte encontra-se a fundamentação teórica do tema central escolhido para os três módulos de Ensino Clínico: “O lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem” – Contributos para uma Revisão Sistemática da Literatura

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O LUGAR DA ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Descrever o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem.

Método: A pesquisa foi feita em bases de dados científicas, disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros através do acesso reservado a membros, utilizando como motor de busca a EBSCO host - Research Databases. Selecionou-se as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with full text, Cochorane Central Register of Controlled Trials, Cochorane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection comprehensive; Academic Search Complete. Considerou-se também a base de dados científica Scielo, seguindo um processo sistemático desde a seleção dos recursos de pesquisa até à avaliação crítica dos textos selecionados.

Questão de investigação: Qual o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença?

Resultados: Escutar trata-se de uma atitude ativa, dinâmica, que exprime esforço para compreender o significado daquilo que nos é dito. Trata-se de uma competência e, como tal, é preciso tempo e esforço para aprender como fazê-la de forma eficaz. A escuta ativa possui dois atributos: compreensão e ajuda e as suas principais finalidades nos cuidados de enfermagem são: estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro-utente; promover a compreensão, conforto e segurança do utente; recolha de informação e planeamento dos cuidados; gestão eficaz da doença: adesão terapêutica e auto-cuidado; redução de factores de risco e complicações e melhoria dos resultados em saúde.

Conclusões: A escuta é um pilar fundamental para a relação de ajuda e está situada no coração da prática do Enfermeiro. Este artigo tem implicações para a Enfermagem já que demonstra que a escuta ativa tem que ser valorizada pelos Enfermeiros e passar a fazer parte do seu agir profissional. A produção científica sobre a escuta ativa nos cuidados de enfermagem é representada, na sua maioria, por artigos de reflexão. Considera-se importante o desenvolvimento da investigação nesta área, bem como a sua divulgação.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, comunicação em enfermagem, enfermagem, escuta, escuta ativa

INTRODUÇÃO

Cuidar em enfermagem é um ponto de partida, uma atitude, um desejo de empenhamento, implicando um relacionamento recíproco entre o Enfermeiro e a pessoa cuidada. A relação de ajuda constitui-se um pilar, à volta da qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem. Nesta revisão pretendeu-se estudar o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem, a partir do que está publicado até ao momento, sobre o tema em estudo e estabelecer o que resta fazer.

A comunicação é um processo que se realiza nas interações humanas, na qual partilham-se ideias, podendo ser um recurso valioso na relação de ajuda.

Segundo QUERIDO (2004), no contexto atual de cuidados em que as solicitações aos enfermeiros são cada vez mais e de maior complexidade, a preocupação com a qualidade dos cuidados tornou-se lema e objetivo de todas as instituições. De acordo com a mesma autora, ouve-se dos doentes: “ *eles não nos escutam..., estão muito ocupados* ” – é a acusação mais frequente feita aos profissionais em geral , e aos Enfermeiros em particular. MORRISON (2001) salienta que : “ *Se os Enfermeiros e os outros profissionais de saúde desejam praticar cuidados holísticos e individualizados, hão-de estar preparados para arranjar tempo e escutar atentamente os doentes e o que eles dizem.* ”

Escutar não é de maneira alguma sinónimo de ouvir. Derivado do verbo “escutar”e do latim “*auscultare*”, quer dizer tornar-se ou estar atento para ouvir, dar ouvidos a, aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir e ouvir. De acordo com LAZURE (1994): “*Escutar, é constatar e também deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores.*” Trata-se de uma arte situada no coração da prática do Enfermeiro e, por isso, cada um de nós deverá desenvolver. ‘Constitui-se um processo ativo e voluntário, que envolve todo o corpo, no sentido de compreender verdadeiramente os sons e o silêncio.

Todo o ser humano experimenta a necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros. Quando aparece um problema de saúde, o estado de vulnerabilidade aumenta e, o doente, para se sentir importante, necessita de ser escutado atentamente pelo Enfermeiro, no sentido de o satisfazer. O tempo investido na escuta não é tempo perdido, pois tal como afirmou SAINT-EXUPERY: “*Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante!*” Os Enfermeiros que sabem

verdadeiramente escutar, também sabem que o tempo é neutro, ou seja, que o tempo é o que fazemos com ele. É importante desmistificar a ideia de que escutar deve acontecer num momento próprio. Por exemplo, todos os cuidados físicos, tratamentos constituem um pretexto para escutar, para ajudar. Quando sabemos escutar verdadeiramente o doente isso não requer mais tempo, e pode acelerar o caminho dos cuidados.

Segundo Querido (2004) citada por Castro [et al], no contexto atual de cuidados em que as solicitações aos enfermeiros são cada vez mais e de maior complexidade, a preocupação com a qualidade dos cuidados tornou-se lema e objetivo de todas as instituições.

De acordo com a mesma autora, ouve-se dos doentes: “ *eles não nos escutam..., estão muito ocupados* ” – é a acusação mais frequente feita aos profissionais em geral , e aos Enfermeiros em particular. Morrison (2001) salienta que : “ *Se os Enfermeiros e os outros profissionais de saúde desejam praticar cuidados holísticos e individualizados, hão-de estar preparados para arranjar tempo e escutar atentamente os doentes e o que eles dizem.*”

Ao contrário do que pode parecer, o ato voluntário de escutar não é fácil e não se trata de um dom natural. Trata-se de um ato exigente, que necessita do envolvimento integral do Enfermeiro, assim como de capacidades/competências de escuta. Os estudos demonstram que estas perícias são aprendidas e, quando não treinadas, perde-se cerca de metade do que se ouve. Paradoxalmente, a escuta, que é a atividade mais importante do quotidiano do Enfermeiro é, no entanto, a que se tem menos formação.

Quanto a nós, na prática diária de cuidados, não pergunta a um utente ou familiar como é que se sente e escuta um simples “*bem*”, quando o seu tom de voz e linguagem corporal dizem precisamente o contrário?

Aqui fica um convite ao Enfermeiro para uma reflexão, acerca do seu desempenho no quotidiano e verificar se realmente escuta efetivamente os seus doentes.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com o objetivo de enquadrar o estado atual do conhecimento, utilizou-se o método PI[C]OD (Participantes; Intervenções; Comparações; Outcomes; Desenho do estudo)

para a construção da seguinte questão de investigação: Qual o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença ?

METODOLOGIA

Esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo descrever o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem. Foram seguidos os seguintes passos: seleção dos recursos de pesquisa (bases de dados bibliográficas adequadas); seleção dos termos a utilizar na pesquisa; execução da pesquisa nas diferentes bases de dados refinando o processo e os resultados; leitura dos títulos e/ou resumos sugestivos; procura do texto integral ou da obra; seleção, inclusão e análise dos textos relevantes para responder à questão de investigação; avaliação crítica dos textos selecionados.

A pesquisa foi feita em bases de dados científicas, disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros através do acesso reservado a membros, utilizando como motor de busca a EBSCO host - Research Databases. Selecionou-se as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with full text, Cochorane Central Register of Controlled Trials, Cochorane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection comprehensive; Academic Search Complete. Considerou-se também a base de dados científica Scielo. Definiu-se três termos de busca: escuta ativa, enfermagem e comunicação, assim como o seguinte operador booleano: «AND». De forma a limitar/refinar os resultados, foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: textos completos, publicações na língua inglesa e datadas de 1993 até 2012. Foram excluídas as dissertações, teses e artigos de revisão de literatura.

Foram identificados 199 artigos que se mostraram relevantes para a questão em estudo. Destes, de acordo com os critérios de inclusão selecionados, aceitaram-se 22 referências para a revisão sistemática da literatura, excluindo os restantes. A partir da leitura do abstract, obteve-se uma amostra de 11 artigos. Numa segunda fase procedeu-se à leitura integral de cada artigo selecionado. Estes foram agrupados em duas categorias, de acordo com a metodologia: artigos de reflexão e artigos de investigação que, não obstante resultarem de uma metodologia de investigação, foram distinguidos pela pertinência e especificidade das suas temáticas.

Os dados foram colocados numa tabela para melhor compreensão e síntese (Tabela 1).

Tabela 1 – Identificação da amostra

Tipo de artigo	Referência	Resumo
Reflexão	AMPARO, Gonzalez (2008) – Are you listening to your patients. Endocrine Today. Vol. 6, p. 28-29 Base de dados: Academic Search Complete	A autora centra-se na necessidade de os profissionais de saúde escutarem os seus utentes, quando estes falam sobre as suas vivências com a Diabetes. Esta afirma que a chave para uma relação efetiva entre utentes e profissionais de saúde é a escuta ativa. Segundo a autora, de acordo com a sua experiência, a escuta ativa ajuda a ampliar o seu conhecimento e compreensão das necessidades dos utentes, o que vai resultar em maior adesão por parte dos mesmos ao tratamento.
	SHATTELE M.; MORGAN B. (2005) – Facilitating communication: how to truly understand what patients mean. Journal of Psychosocial Nursing e Mental Health Services. Vol. 43, p.29-32 Base de dados: CINAHL plus with Full Text	De acordo com os autores, os utentes sentem maior satisfação com os cuidados de enfermagem quando são verdadeiramente compreendidos. Existem dois princípios básicos que facilitam a compreensão: disponibilização de tempo e a exploração do significado das palavras que nos são transmitidas. Os enfermeiros podem usar várias técnicas para facilitar essa compreensão através da escuta ativa, como repetir aquilo que vai escutando e elaborar questões abertas.
	RICHARDS, Sara; SIMON, Gregory (2005) – Developing Consultation Skills. Practise Nurse. Vol. 29, p. 13-20 Base de dados: Academic Search Complete	Os autores refletem sobre como os enfermeiros podem melhorar as suas competências comunicacionais nas consultas. Referem a importância de uma escuta ativa e a vantagem de estabelecer um relacionamento com o utente. Fornecem-nos exemplos de habilidades/competências de escuta ativa.
	DENNIS, Sharou (2004) - Talk less, Listen more. Nursing Standard. Vol. 19, p. 22-23 Base de dados: Academic Search Complete	O artigo foca a escuta ativa como a chave para um cuidado centrado no utente. A escuta ativa implica a análise do conteúdo que nos é dito, bem como a busca de significado, tendo em atenção ao tom e ritmo das palavras utilizado. Quem escuta ativamente repete as palavras utilizadas pela pessoa que está a falar, pede esclarecimento para garantir a compreensão efetiva da mensagem que está a ser transmitida. Falam menos e escutam mais.
	BOYED, Stephen (1998) – Listen up! Nursing. Vol.28, p.60 Base de dados: Academic Search	O autor considera a escuta ativa como a ferramenta de comunicação mais poderosa. Centra-se na escuta ativa em relação à comunicação em Enfermagem, destacando quatro estratégias para melhorar as nossas competências comunicacionais através da escuta ativa: elaborar questões abertas;

	Complete	parafrasear; escutar primeiro e aconselhar posteriormente; comprometimento completo com o utente.
	RYAN, Regina Sara; TRAVIS, John (1993) – Becoming a better listener . Nursing, Vol.23, p.103-104 Base de dados: Academic Search Complete	Os autores discutem estratégias para que os enfermeiros se tornem “melhores ouvintes”. Identificam as características de um bom ouvinte, assim como as barreiras à comunicação. Incluem um teste de habilidades/competências de escuta ativa.
	KACPEREK, L (1997) – Non-verbal communication: The importance of listening . British Journal of Nursing, p.13-26 Base de dados: CINAHL Plus with Full Text	Reflexão pessoal do autor sobre como a sua prática de enfermagem foi reforçada em resultado de ter perdido a voz. Surpreendentemente, ser incapaz de falar melhorou a sua relação enfermeiro/utente. O uso hábil da comunicação não-verbal através do silêncio, a expressão facial, toque e maior proximidade física facilitaram a escuta ativa, ajudando a desenvolver a empatia, intuição e a presença enfermeiro-utente. Sugere que a comunicação eficaz depende da capacidade do enfermeiro para escutar e utilizar aspetos da comunicação não-verbal. Referindo que a reflexão sobre a experiência prática pode ser um importante método de descoberta e exploração do conhecimento tácito em Enfermagem.
	SOUZA, Rozemere Cardoso; PEREIRA, Maria Auxiliadora; KANTORSKY, Luciane (2003) – Escuta terapêutica: Instrumento essencial do cuidado em Enfermagem Base de dados: Scielo	A escuta ativa é um instrumento essencial porque é uma habilidade de auto e hetero-compreensão. As autoras objetivam aprofundar conhecimentos sobre a importância e a aplicabilidade da escuta na saúde mental. Fazem a distinção entre ouvir e escutar. Vêem a escuta como uma atitude ativa, dinâmica, que exprime esforço para compreender a significação do que é dito. Os atributos e finalidades da escuta também são abordados, assim como as condições em que esta é promover e as consequências da não-escuta.
	BRYANTL (2009) – The art of active listening . Practise Nurse. p. 49-52 Base de dados: CINAHL Plus with Full Text	Estudo de caso sobre uma utente hipertensa em contexto de consulta de enfermagem. Através da escuta ativa, a Enfermeira conseguiu aferir os motivos para a descompensação da tensão arterial, conseguindo por meio da escuta ativa, que a utente tomasse consciência dos seus problemas e adquirisse estratégias de resolução dos mesmos. A tensão arterial ficou controlada, necessitando posteriormente de um reajuste terapêutico. Neste artigo pode-se, também, analisar dois cenários possíveis para uma consulta de enfermagem, de controlo de hipertensão arterial, em que o utente engordou mais 5 kg, desde a última consulta. Ao analisar-se os dois cenários possíveis, pode-se concluir que a utilização de uma comunicação eficaz por parte da enfermeira, no segundo cenário, em que promoveu a escuta ativa, o uso

Investigação Método de PI[C]OD		do silêncio e utilização frases empáticas e encorajadoras, tiveram um resultado favorável para o utente. Este compreendeu os seus erros alimentares e desenvolveu o seu próprio plano terapêutico. São fornecidas estratégias de como os enfermeiros podem melhorar a capacidade de escuta, utilizando técnicas específicas. A escuta ativa nas consultas é fundamental para o relacionamento com os utentes, ao estabelecer-se uma parceria entre enfermeiro e utente, obtêm-se melhores resultados.
	BUSH, K (2001) – Do you really listen to patients? RN. Vol.64, p. 35-37 Base de dados: CINAHL Plus with Full Text	Estudo de caso (qualitativo) sobre uma doente de 72 anos, internada numa UCI e ventilada, em que a escuta ativa foi identificada como uma intervenção de enfermagem fundamental para o relacionamento enfermeiro-doente. Esta intervenção contribuiu para o bem-estar, conforto e melhoria da situação clínica da doente. Segundo a autora a comunicação efetiva com os utentes começa com a escuta ativa. O enfermeiro deve buscar o significado por detrás das palavras do utente, assim como a sua linguagem não-verbal, de modo a compreender a sua maneira de pensar e ajustar em conformidade o seu estilo de comunicação.
	GILMARTIN, Jo; WRIGHT, Kerrie (2008) – Day surgery: Patients felt abandoned during the preoperative wait. Journal of clinical nursing, p. 2418-2413 Base de dados: Academic Search Complete	Participantes: 20 doentes adultos submetidos a cirurgia geral, urológica e ginecológica de um Hospital universitário do Norte de Inglaterra, em contexto de domicílio. Intervenções: Os dados foram colhidos por meio de entrevistas não estruturadas, com uma pergunta chave, incentivando o doente a falar sobre a sua experiência no dia da cirurgia. As entrevistas tiveram a duração de uma hora e decorreram no domicílio dos participantes. Estas foram áudio-gravadas e depois transcritas e analisadas. Resultados: Os doentes sentiram-se abandonados na fase pré-operatória e as Enfermeiras não reconheceram a importância do apoio psicológico. Para além dos fatores ambientais, é fundamental a utilização de competências de comunicação interpessoal, como a escuta ativa, que pressupõe uma exploração dos sentimentos, observação e interpretação da comunicação verbal e não-verbal dos doentes, como forma a reduzir a ansiedade e sentimentos de abandono no período pré-operatório. Desenho do estudo: Fenomenológico

Verificou-se na análise da amostra, que a escuta ativa, como processo ativo e voluntário possui dois atributos: compreensão e ajuda, tal como expresso na figura 1.

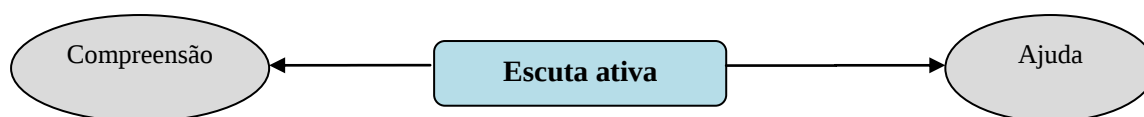


FIGURA 1 – Atributos da escuta ativa

As principais finalidades da escuta ativa nos cuidados de enfermagem, levantadas na análise dos artigos são: estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro-utente; promover a compreensão, conforto e segurança do utente; recolha de informação e planeamento dos cuidados; gestão eficaz da doença: adesão terapêutica e auto-cuidado; redução de factores de risco e complicações e melhoria dos resultados em saúde (Figura 2).

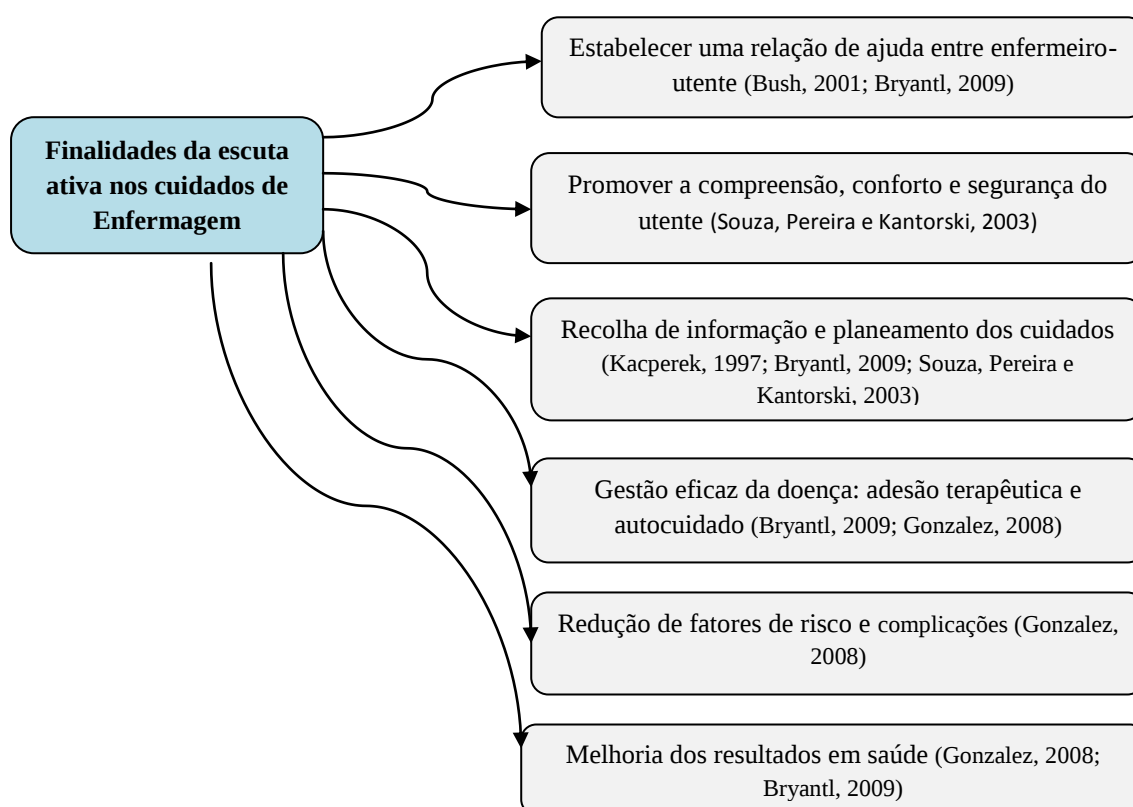


FIGURA 2 – Finalidades da escuta ativa nos cuidados de enfermagem

Existem técnicas centrais para uma escuta ativa que o Enfermeiro deverá integrar na sua prática, encontrando-se descritas nos artigos analisados: comprometimento completo com a pessoa; elaborar questões de resposta aberta; parafrasear pensamentos e

sentimentos do orador; explorar significados/sentimentos; confirmar o que foi dito; expressar compreensão (Figura 3).

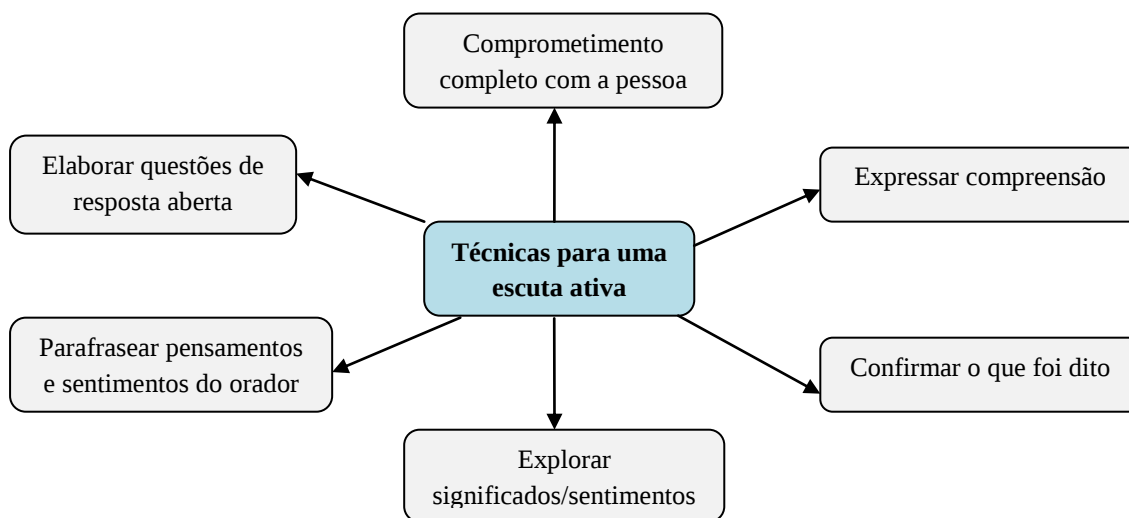


Figura 3 – Técnicas centrais para uma escuta ativa (Shatelle e Morgan, 2005; Bush, 2001)

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A comunicação é um processo que se realiza nas interações humanas, na qual partilham-se ideias, podendo ser um recurso valioso na relação de ajuda

SOUZA, PEREIRA e KANTORSKI (2003) definem escutar como uma atitude ativa, dinâmica, que exprime esforço para compreender o significado daquilo que nos é dito. Reconhecem-na como instrumento essencial nos cuidados de enfermagem por tratar-se de uma capacidade de auto e hetero-compreensão. Fazem também a distinção entre escutar e ouvir. Escutar implica o comprometimento com o outro e a busca de significado por detrás da mensagem que nos é transmitida, enquanto ouvir é a constatação de algo através do sistema auditivo, ou seja, uma ação fisiológica. *“Ouvimos com os nossos ouvidos, mas escutamos também com os nossos olhos, coração, mente e vísceras”* (SOUZA, PEREIRA e KANTORSKI, 2003).

De acordo com KACPEREK (1997) a escuta ativa é uma competência e, como tal, é preciso tempo e esforço para aprender como fazê-la de forma eficaz. O facto de ter perdido a voz, tornou-o mais consciente da complexidade do processo de comunicação e de como as palavras podem bloquear uma boa intenção. Conclui que a escuta ativa é demonstrada principalmente através da comunicação não-verbal, pelo que é imperativo

uma compreensão abrangente, educação e aquisição de competências de comunicação não-verbal. BUSH (2001) acredita que uma comunicação efetiva com os doentes começa com a escuta ativa. Mergulhar no significado por detrás das palavras dos doentes, prestar atenção aos seus sinais não verbais, permite compreender a sua forma de ser e estar e adequar a nossa forma de comunicar.

Nos artigos analisados, os autores definem dois atributos inerentes à escuta: a compreensão e a ajuda. Procura-se compreender a outra pessoa, tal como ela pensa, sente e vê o mundo. Muitas vezes, a pessoa necessita apenas de ser escutada e mesmo que a solução para os seus problemas pareça distante ou até impossível, o simples facto de falar sobre o assunto trás alívio imediato à própria.

Poucos profissionais de saúde têm a capacidade de escutar, sendo frequente, níveis de comunicação superficiais que não promovem ajuda, nem desenvolvimento pessoal. Nos serviços de saúde, a escuta é muitas vezes esquecida, ocorrendo deste modo uma lacuna no cuidado que é prestado às pessoas que chegam aos serviços. No estudo realizado por GILMARTIN e WRIGHT (2008) sobre os sentimentos do doente no dia da cirurgia, fase pré-operatória, concluíram que a maioria destes, referem se sentir abandonados e que as Enfermeiras não reconheceram a importância do apoio psicológico. Ressaltam a importância da utilização de competências de comunicação interpessoal, como a escuta ativa, que pressupõe uma exploração dos sentimentos, observação e interpretação da comunicação verbal e não-verbal dos doentes, como forma de reduzir a ansiedade e sentimentos de abandono no período pré-operatório.

A escuta ativa, nos cuidados de enfermagem, apresenta, assim, um conjunto de finalidades que de acordo SOUZA, PEREIRA e KANTORSKI (2003) são: compreender o outro; obter informações necessárias, que complementem o exame físico e diagnóstico da doença e planejar os cuidados de enfermagem. Segundo GONZALEZ (2008), a escuta ativa é a chave para a diminuição dos fatores de risco, impedindo complicações e melhora os resultados de saúde. Permite que o doente se sinta confortável, seguro e compreendido. Salienta que uma melhor compreensão dos doentes resulta em maior adesão terapêutica, aumentando o conhecimento dos doentes e a sua capacidade de auto-gestão da doença.

KACPEREK (1997) refere que a escuta ativa permite a obtenção de informações relevantes, que podem ser utilizadas para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim um Enfermeiro que escuta ativamente o doente, colhe dados e

informações relevantes, permitindo conhecer, por exemplo, doenças atuais e passadas, fatores de risco e juntos construir um plano de cuidados. A pessoa sente-se mais focada na sua saúde ao compreender determinados factos. (BRYANTL, 2009).

Escutar é provavelmente o fator mais importante para uma comunicação efetiva. Para tal são necessárias determinadas condições que promovam a escuta ativa, assim como competências e técnicas que o Enfermeiro deverá integrar na sua prática de cuidados. SOUZA, PEREIRA e KANTORSKI (2003) distinguem dois tipos de condições para uma escuta efetiva: condições relacionadas com o Enfermeiro e condições externas ao Enfermeiro. As condições relacionadas com o Enfermeiro são: estar livre de preocupações; ser sincero, autêntico e congruente; demonstrar interesse pelo outro; estar disposto e motivado para escutar; ser empático; apresentar boa capacidade auditiva; atender à diversidade cultural e fazer-se presente por meio do silêncio, uma vez que este encoraja a verbalização do outro e o estabelecimento de uma relação de confiança. No que concerne às condições externas ao Enfermeiro as autoras estabelecem: reservar tempo suficiente para a escuta; manter a privacidade sem interrupções; preparar o ambiente para a escuta que deve ser tranquilo, acolhedor, devendo-se evitar temperaturas muito altas ou baixas, estímulos visuais e ruídos.

BRYANTL (2009) também focaliza a necessidade de o Enfermeiro demonstrar que está presente, ser interessado, disponibilizar tempo e demonstrar respeito, criando um ambiente adequado, privado, em que não haja interrupções. Segundo o autor há pessoas que podem ser naturalmente bons ouvintes, mas existem técnicas que ajudam a desenvolver e construir as nossas competências de escuta, nomeadamente: manter um bom contato visual, adequar a nossa postura corporal, demonstrar interesse, criar um sentimento de compreensão (acenar com a cabeça; usar frases empáticas como: “ *Isso deve ter sido difícil*” ou “ *Deve-se ter sentido irritado com essa situação*”; promover o silêncio; usar a reflexão e a síntese.); criar uma sensação de segurança através do incentivo e reforço positivo. KACPEREK (1997) acrescenta a necessidade de conjugar a expressão facial e o movimento corporal, como balançar a cabeça, inclinar-se ligeiramente para um lado, sorrir suavemente e manter o contato visual ajuda a incentivar os doentes a falar. Estar relaxado e manter uma postura aberta demonstra interesse e envolvimento. O Enfermeiro ao estar em sintonia com o seu comportamento não-verbal, mais facilmente identificará a linguagem não-verbal dos doentes.

SHATTELE e MORGAN (2005), assim como BUSH (2001) identificam as seguintes guidelines para uma escuta ativa eficaz: comprometer-se com o doente e explorar significados; confirmar o que foi ouvido para garantir compreensão e demonstrar escuta ativa: “*Deixe-me ver se compreendi corretamente*”; elaborar questões de resposta aberta que comecem com solicitações: “*Diga-me mais sobre isso*”. BUSH (2001) acrescenta que o Enfermeiro deverá adequar a sua linguagem ao doente em questão, uma vez que a terminologia científica pode ser confusa para determinadas pessoas.

RYAN E TRAVIS (1993), tal como BUSH (2001) identificam algumas barreiras à escuta ativa: avaliar e julgar; interromper o doente e demonstrar impaciência; tirar conclusões precipitadas e ouvir seletivamente, pois muitas vezes temos a tendência para ouvir o que esperamos ou queremos ouvir, bloqueando o resto. Acrescentam ainda o aconselhar como barreira à escuta ativa. A menos que o doente peça especificamente ajuda ou conselhos, deve-se apenas escutar e assumir uma presença efetiva. Uma forma de encorajar a pessoa a resolver os seus problemas é perguntar como é que aconselhariam um amigo com um problema semelhante.

De acordo com SOUZA, PEREIRA e KANTORSKI (2003) as consequências da não escuta podem resultar em interrupções da comunicação, distorções da mensagem recebida, que conduz ao distanciamento entre os elementos envolvidos no processo. Pelo que a chave para uma comunicação eficaz, segundo RICHARDS e SIMON (2005) é focalizarmo-nos nas necessidades da pessoa doente e desenvolvermos as nossas competências no sentido de responder a essas necessidades. Segundo os mesmos, tem sido demonstrado que os profissionais com boa capacidade de comunicação conseguem identificar os problemas dos doentes de forma mais precisa e que estes se sentem mais satisfeitos. BUSH (2001) conclui que deveríamos aproveitar todos os momentos ao longo do turno para comunicar com os nossos doentes e ouvir o que eles têm para nos dizer, considerar o que eles poderiam dizer, assim como a sua linguagem corporal. Ao aperfeiçoarmos as nossas competências de escuta ativa, estamos a transmitir preocupação e os doentes vão reconhecer e apreciar.

CONCLUSÃO

A escuta é um pilar fundamental para a relação de ajuda e está situada no coração da prática do Enfermeiro.

Trata-se de um ato exigente, que necessita do envolvimento integral do Enfermeiro, assim como de capacidades/competências de escuta. Os estudos demonstram que estas perícias são aprendidas e, quando não treinadas, perde-se cerca de metade do que se ouve. Cuidar também é escutar atentamente, partilhar a confiança, estar presente, partilhar o silêncio, ser cúmplice, parar um instante, deixar-se interpelar, atender ao chamamento...

É fulcral que os Enfermeiros, da mesma forma que procuram conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também o façam para a comunicação enfermeiro/utente em todas as suas vertentes. Ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar e sobretudo escutar com todo o nosso ser. Este é o nosso maior triunfo quando prestamos cuidados de enfermagem.

A produção científica acerca da escuta ativa nos cuidados de enfermagem não é tão profícua quanto seria desejável para a consolidação de conhecimentos. As competências interpessoais são uma questão de difícil mensuração e não se encaixam facilmente em métodos de pesquisa redutores. Sobre a comunicação não verbal, em particular, existe pouca literatura e pesquisa disponível, por se tratar de um aspeto difícil de definir e avaliar.

Apesar de esta revisão contribuir para a descrição do lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem, sabe-se que o resultado da mesma não esgota a pesquisa sobre a produção científica nesta temática, atendendo aos critérios de inclusão definidos. Sugere-se, portanto, um maior investimento na investigação com o intuito de aclarar o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem.

A reflexão é um método valioso, capaz de produzir conhecimento e simultaneamente mais investigação. Ideias e aspetos descobertos pela reflexão poderão ser explorados através de métodos de pesquisa qualitativa com participantes/observadores, estudos de caso e histórias de vida. Por exemplo, fazer uma gravação das reflexões pessoais constitui um método valioso de descrever, analisar, avaliar e desenvolver a nossa compreensão do que podemos aprender com a experiência prática. As possíveis repercussões das ações de enfermagem, na escuta ativa da pessoa deverão, também, ser passíveis de investigação.

PARTE II

CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE INTERVENÇÃO E **COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS ESTÁGIOS**

A segunda parte pretende traçar uma visão globalizante sobre os campos de ação onde foram desenvolvidos os Estágios - Unidade de Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Intensivos e Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz, assim como as competências desenvolvidas nestes três locais de Estágio efetuando uma descrição, reflexão e avaliação das experiências, atividades e intervenções desenvolvidas

2- MÓDULO III OPCIONAL – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O Hospital da Luz foi o local escolhido para desenvolver os meus Estágios.

Esta unidade de saúde materializa o paradigma da prestação de cuidados de saúde do Grupo Espírito Santo Saúde, reunindo um hospital de agudos e um hospital residencial num complexo integrado de saúde. *“Tem como principal objetivo cumprir o seu nome e fazer luz na vida de quem o procura”*. Apresenta como missão diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do cliente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais.

(in www.hospitaldaluz.pt)

A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz é uma unidade de internamento especializada ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a clientes em situação clínica complexa associado a sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada (oncológica ou não), incurável e progressiva. Apresenta como missão: proporcionar apoio global ao cliente com doença grave, avançada e/ou incurável, e seus familiares através da prestação de Cuidados Paliativos de qualidade, proporcionando-lhes desta forma bem-estar e dignidade.

Possui um horário de visitas alargado, que decorrem no período das 10 às 22 horas, sendo que um familiar pode pernoitar junto do cliente. Os cuidados ao cliente e família nesta área integram quatro componentes fundamentais: avaliação das necessidades; estabelecimento de objetivos terapêuticos; cuidados ativos, globais e integrados; educação e formação.

De acordo com a definição utilizada no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, trata-se de uma unidade de Cuidados Paliativos de nível III, atendendo a todas as suas características. No ano de 2012 teve uma média de 441 clientes, sendo que 44% faleceram na Unidade e 56% tiveram alta clínica quer para o domicílio, outra unidade de cuidados ou locais diferenciados. Salienta-se que 60% dos clientes eram oncológicos e os restantes 40% não-oncológicos. Dentro das patologias oncológicas, o cancro do pulmão é a patologia oncológica predominante no serviço, seguida da neoplasia gástrica e do pâncreas. A demência encontra-se muito presente, uma vez que a maior parte dos

clientes são pessoas idosas. Houve uma média de 15 pessoas com menos de 50 anos e um adolescente de 15 anos com paralisia cerebral. Os principais motivos de internamento são o descontrolo sintomático e para descanso familiar.

Neste serviço todos os profissionais de enfermagem, independentemente da sua categoria são submetidos a um programa de formação Básica em Cuidados Continuados e Paliativos, com uma duração mínima de 20 horas, podendo ir até 30 horas. Para além deste curso, é realizado no início de cada ano o levantamento das necessidades formativas dos profissionais e efetuado um plano de formação anual de acordo com as necessidades identificadas.

Considero relevante referir que a Equipa de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz é reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e foi também distinguida como ESMO pela European Society of Medical Oncology (2011-2013).

2.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – MÓDULO III (OPCIONAL)

“ Cuidar é ajudar o outro a viver o que ele tem para viver!

Não é impedi-lo disso, nem tentar poupá-lo a um sofrimento que está no seu caminho, minimizando-o ou carregando o seu peso; é sim ajudá-lo a enfrentar a sua dificuldade, a mergulhar no seu sofrimento para dele se poder libertar, com consciência de que esse caminho só ao outro pertence e que ninguém o pode percorrer no seu lugar.”

(D' Ansembourg)

É com este pensamento que iniciei o meu percurso na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz. Habitualmente assistimos a uma relação paternalista, assimétrica, entre os clientes e os profissionais de saúde, em que, de um lado está o poder da equipa de saúde e, do outro, a submissão por parte do cliente. Quando se favorece a autonomia, estabelece-se uma relação simétrica, na qual este último participa de forma ativa nas decisões que envolvem a sua vida, o seu tratamento ou a interrupção do mesmo. Para tal, é fundamental que o cliente receba a informação necessária, para poder tomar decisões de forma esclarecida, diante das opções existentes em cada situação. É indiscutível a importância do cuidar, em qualquer etapa do ciclo vital, e em particular na

etapa final de vida. Neste momento, em que a cura já não é possível, procurei no decorrer do Estágio estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com o cliente, de forma a possibilitar-lhe o máximo de bem-estar e plenitude no tempo que lhe resta de vida.

A não-cura era encarada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração, uma área de não investimento. A doença terminal e a morte foram hospitalizadas e a sociedade em geral aumentou a distância face ao final de vida. No entanto, uma vez esgotadas de forma razoável todas as possibilidades de tratamento, entramos numa situação de progressão da doença, devendo dirigir-se os objetivos terapêuticos para a promoção do conforto do cliente e da sua família. Assim, quando os tratamentos curativos se tornam inúteis e desnecessários devem dar lugar aos chamados cuidados paliativos. Estes são a resposta adequada às necessidades de um cliente que apresenta uma doença progressiva, irreversível, e já numa fase terminal.

O termo paliativo tem a sua origem no étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Pode-se dizer que, nos cuidados paliativos, os sintomas que o doente manifesta são “encobertos” com tratamentos cuja principal finalidade é promover o conforto deste. No entanto, e de acordo com TWYLCROSS (2001), os cuidados paliativos estendem-se muito além do alívio de sintomas. Em 2002, Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como: “ *Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”. É de referir que esta definição da OMS, também foi adotada por nós no Plano Nacional de Cuidados Paliativos em 2004.

A essência da filosofia dos cuidados paliativos é traduzida pelo seguinte pensamento de CICELY SAUNDERS, citada por MOURA (2011): “ *Eu importo-me pelo facto de você ser você, importo-me até ao último momento da sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para o ajudarmos a morrer em paz, mas também para viver até ao dia da morte.*”

Assim, a prestação de cuidados paliativos não se pretende prolongar a vida desnecessariamente com meios desproporcionados, nem acelerar ou precipitar a morte. Pretende-se, sim, promover a máxima qualidade de vida enquanto esta existe, de forma a alcançar uma morte digna. Pode-se entender por qualidade de vida, de acordo como TWYCCROSS (2003) como: “*aquilo que a pessoa considera como tal.*” A qualidade de vida está relacionado com o grau de satisfação subjetiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual.

Pelo exposto, pode afirmar-se que os cuidados paliativos dão ênfase à necessidade de cuidar do cliente de uma forma holística, atendendo não só aos aspetos físicos, como também os psicológicos, sociais e espirituais. Ao afirmar o valor da vida, assumem a importância do processo de morrer, encarando-o como um processo natural e promovendo a dignidade da experiência da pessoa perante a sua própria morte.

Várias pessoas questionaram-me sobre o motivo da minha escolha, relativamente ao serviço/área de cuidados, pois segundo as próprias trata-se de: “*um serviço demasiado pesado sob o ponto de vista psicológico e emocional e, afinal de contas, todas as pessoas estão a morrer...*”. Acontece que a morte é um acontecimento natural, pelo que é preciso encará-la de frente e ajudar os doentes a assumi-la como uma realidade a que não podemos escapar. Na minha opinião, é preciso não marginalizar a morte, mas sim encará-la, aceitá-la e desmistificá-la. O reconhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos aqueles que trabalham na área da saúde, pois a morte fará parte, mais cedo ou mais tarde, do seu quotidiano. Se não entendermos nem a morte nem os sentimentos que esta envolve, como entenderemos aqueles que se encontram em fim de vida, os seus anseios, os seus medos, as suas dúvidas e as suas inquietações? Como poderemos ajudá-los quando a sua cura já não é possível?

Assim, segundo PINTO (1991) “*o grande convite que é feito ao técnico de saúde é que perante o doente terminal, se aproxime, pare, aceite ter tempo para escutar e acompanhe esse homem que sofre e que, em última análise, apenas espera uma outra mão para segurar a sua própria mão. É que a presença de um amigo é sempre uma nova razão de esperança.*”

OBJETIVO GERAL

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e comunicacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de agonia, fim de vida ou a receber cuidados paliativos e sua família na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital particular da região de Lisboa.

A nossa vida é um livro de segredos, pronto para ser aberto. O segredo do amor encontra-se nele, bem como os segredos da cura, da solidariedade, da fé e o maior segredo de todos: quem somos nós realmente. Apesar da proximidade destas respostas, somos ainda mistérios para nós próprios. A porta fechada está dentro de nós, assim como a chave, por isso, tudo depende da nossa decisão: Abrir ou não coração ao nosso semelhante, dando a conhecer o nosso verdadeiro eu. Para tal, é fundamental antes de mais, nadar para além das águas rasas, mergulhar profundamente em nós mesmos e procurar pacientemente até encontrarmos a pérola sem preço: a nossa identidade.

Ao longo do Estágio senti-me como uma lagarta a sair do seu casulo para se transformar numa borboleta, ou seja, penso que consegui mostrar quem verdadeiramente sou enquanto pessoa e profissional, quais os meus objetivos, a direção que pretendo seguir e qual será o meu próximo voo, que provavelmente passará por uma pós-graduação/Mestrado em Cuidados Paliativos.

Refletindo sobre os primeiros dois turnos e uma vez que era o meu primeiro Estágio no âmbito da Especialidade, posso concluir que senti-me de certa forma desprotegida, pois vi a minha autonomia profissional limitada, face às condicionantes de um processo de integração numa instituição, serviço e equipa interdisciplinar, porém rapidamente adaptei-me a este processo e ultrapassei as dificuldades sentidas inicialmente. Para tal, defini algumas estratégias que promoveram e facilitaram a minha integração, de forma a alcançar o meu objetivo geral de Estágio, tais como a recolha, leitura e análise dos protocolos do serviço, que se inserem nas seguintes áreas: gestão, organização e funcionamento do serviço, prestação de cuidados, continuidade dos cuidados, garantia da qualidade e segurança, formação e investigação; pesquisa de informação e de artigos em livros e revistas científicas de temas pertinentes e relacionados com cuidados paliativos, assim como o esclarecimento de dúvidas junto do meu Enfermeiro

Orientador. Progressivamente, fui-me sentido mais à vontade com as rotinas do serviço, conseguindo comunicar de forma eficaz com a equipa interdisciplinar.

A grande maioria dos clientes que me foram atribuídos no decorrer do Estágio tem em comum o facto de padecerem de patologia oncológica associada. De acordo com vários estudos, enumerados por BARBOSA (2010) nomeadamente de SINGER e STEINHAUSER, os clientes com doença avançada apontam como fator central na qualidade de vida o controlo adequado de dor/outras sintomas. Esta mesma resposta é dada à questão da qualidade de cuidados sob a perspetiva dos clientes em fase terminal, familiares, médicos e outros profissionais. O Enfermeiro, para além de ser responsável pela preparação e administração da terapêutica prescrita pelo médico, tem o dever de fazer uma avaliação completa e rigorosa do cliente, ou seja, monitorizar os sintomas, desempenhando um papel fundamental no controlo sintomático e, consequentemente, no bem-estar e qualidade de vida do cliente.

Uma das escalas de avaliação que mais utilizei na Unidade foi a escala de avaliação sintomas de Edmonton (ESAS), que avalia nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia). Trata-se de um instrumento fundamental na monitorização de sintomas em cuidados paliativos, em clientes de carácter oncológico (sendo também possível ser aplicada a clientes não oncológicos, pois também são alvo de sobrecarga de sintomas) com a possibilidade de poder acrescentar mais sintomas se assim se achar pertinente. É uma escala de auto-avaliação, em que a intensidade de cada um dos sintomas é avaliada através de uma escala visual analógica, ou escala numérica de “0” a “10”, sendo que “0” significa ausência de sintoma e “10” significa a gravidade possível do sintoma ou da forma como este é percebido. Esta é entregue ao cliente no dia do acolhimento, de três em três dias e no momento da alta e permite evidenciar no contexto do descontrolo sintomático, qual o sintoma predominante. Fornece, assim, a evolução dos sintomas ao longo do acompanhamento ao cliente, permitindo à equipa avaliar a eficácia e os resultados da terapêutica e tratamento instituído, assim como a necessidade de revisão dos mesmos. Verifiquei que, por vezes, esta pode demonstrar incoerência entre a comunicação verbal, não verbal e o assinalado nos sintomas, constituindo-se um instrumento útil de confrontação. Ressalvo, porém, que independentemente da importância deste tipo de instrumentos, realizei sempre uma avaliação do cliente como um todo. Outra escala que

utilizei com alguma frequência foi a Escala de Sobrecarga do Cuidador – Zarit reduzida, visto um dos motivos de internamento do cliente na Unidade ser para descanso familiar, tal como foi anteriormente referido.

Pude aferir que a comunicação é um dos pilares principais em Cuidados Paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal. Este serviço, em particular, exige do Enfermeiro elevadas competências na área da comunicação, pois trata-se de uma “*ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção de enfermagem*” (PHANEUF, 2004).

Na minha opinião, a relação de ajuda é um processo intrínseco aos nossos cuidados, estando intimamente ligados à eficácia dos mesmos. Segundo PACHECO (2002) em Cuidados Paliativos, de forma particular, “*no caso do doente em fase terminal, esta relação é imprescindível, no sentido de o ajudar a viver o mais serenamente possível até ao momento da morte. De facto, se não existir essa relação, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, uma vez que é fundamental que este se sinta acompanhado, compreendido e apoiado.*” Assim, comunicar eficazmente constitui uma necessidade básica na atenção ao cliente/família em cuidados paliativos. Pois não basta a qualidade científica e técnica, uma vez que “*somos gente que cuida de gente*”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora que se traduzirá na confiança que o doente deposita nos enfermeiros.” (NUNES, 2005, p.17).

Esta competência está presente em todas as atividades do Enfermeiro, tais como: a entrevista, o exame físico ou o planeamento dos cuidados, logo, constitui-se o denominador comum de todas as intervenções de enfermagem, influenciando decisivamente a qualidade da assistência prestada àquele que necessita dos seus cuidados. Pode ser considerada um instrumento básico fundamental utilizado, seja no cuidado ao cliente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa de trabalho.

No que diz respeito à transmissão de informação, esta deverá desenvolver-se de acordo com as necessidades de informação do cliente/família, bem como as suas preocupações e expectativas, tendo-se sempre em atenção à importância da verdade, como direito fundamental da pessoa.

Dentro do “mundo” da comunicação, a comunicação ou transmissão de más notícias continua a ser uma área cinzenta e de grande dificuldade na relação cliente/família/profissional de saúde, que exige a necessidade de aprendizagem, aprofundamento e desenvolvimento de estratégias, no sentido de se tornar parte integrante da atuação profissional dos Enfermeiros. É importante ter consciência que a comunicação ou transmissão de más notícias, não é só a transmissão de um diagnóstico mas sim a transmissão de qualquer informação que envolva mudança drástica na perspetiva do futuro, num sentido negativo para o cliente/família. Aquilo que para nós técnicos pode constituir uma má notícia, nem sempre o é para o cliente/família. Vários estudos confirmam que, frequentemente, os clientes pretendem informação sobre o seu processo de doença e que o facto de ocultar-se essas informações, ocasiona ainda maior dano do que a comunicação da má notícia. Tal constitui-se um direito, ou seja, o cliente ter acesso à informação sobre a sua situação de saúde ou doença, encontrando-se preconizado no nº 6 da Carta dos Direitos dos Doentes Internados, “ *o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde*”, sem que este direito constitua uma imposição, podendo o mesmo recusar a informação. Salienta-se que o direito de saber a verdade, não implica que esta seja transmitida de qualquer modo e em qualquer momento.

No Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 84º, refere que “*o Enfermeiro, no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem*”. Na transmissão de más notícias, o Enfermeiro deve ter em consideração alguns aspetos que facilitem a sua atuação, compreendendo que estas devem ser partilhadas e não dadas, permitindo ao cliente/família colocar questões, sendo guiados para a verdade, ou seja, chegam à verdade por si e no seu próprio tempo. Face ao que foi referido anteriormente, aprendi a colocar questões que permitem saber aquilo que o cliente sabe ou o que pretende saber em relação à sua situação clínica, a dar “tiros de aviso”, não fomentar falsas esperanças, a ajustar a informação às suas necessidades, assim como permitir que o cliente tire as suas próprias conclusões. Por exemplo, durante a prestação dos cuidados de higiene no leito ao Sr. M. este pergunta: “ *Mas porquê que eu agora tenho mais tonturas?*”, foi promovido o silêncio e este de seguida diz. “ *Eu sei que é a progressão da doença...*”.

Foi-lhe explicado, que este não se encontrava sozinho neste processo e que iríamos procurar sempre garantir o seu bem-estar e melhoria da sintomatologia apresentada.

Apesar de ser um ato de responsabilidade médica (diagnóstico e prognóstico), os Enfermeiros poderão ser abordados pelo cliente quando este tem dúvidas sobre a sua situação ou doença, ou terem de lidar com os sentimentos e reações que esta transmissão pode produzir, pelo que devem desenvolver determinadas competências. É uma área da comunicação que remete e acentua a necessidade de um verdadeiro trabalho de equipa interdisciplinar.

Partilhando a opinião dos vários autores consultados, sabendo que a investigação desempenha uma função muito importante na área do conhecimento científico, reconhecendo o papel fundamental dos Enfermeiros na comunicação de más notícias e verificando que a literatura em torno desta temática se tem centrado no momento em que estas são comunicadas pelo médico, considero que é necessário o desenvolvimento de mais estudos de investigação, de modo a haver atualizações sistemáticas e regulares da literatura relativamente à importância do papel do Enfermeiro nesta temática.

Foi-me atribuído um cliente que se encontrava em fase agónica e que veio a falecer, aproximadamente, uma hora e meia depois do término do meu turno. Este já apresentava sinais de falência multiorgânica, deixou de ter o reflexo de deglutição, apresentava um olhar vago e “fixo num ponto” e apresentava estertor, e era esta “respiração ruidosa” que ocasionava um grande sofrimento e angústia à esposa ao pensar que o marido estava desconfortável e em sofrimento, mesmo após todas as medidas farmacológicas e não-farmacológicas terem sido implementadas. Foi aferido, tanto por mim como pelo Enfermeiro Orientador que a esposa desejava ver o marido mais sedado e que isso iria tranquilizá-la, mesmo tendo sido explicado que era pouco provável este estar em sofrimento e que esta respiração era característica da fase em que ele se encontrava. Foi informada sobre a possível proximidade da morte e prestado o devido suporte. Nessa noite, tal como na anterior, a esposa iria pernoitar junto do marido. Foi um momento, que apesar de ser difícil de gerir, uma vez que tenho pouca experiência nesta área, constitui-se uma verdadeira aprendizagem, tanto na interpretação de sinais e sintomas associados à fase agónica, bem como na interiorização dos procedimentos, pelos quais, nós enfermeiros somos responsáveis. O cliente em fase de fim de vida necessita, principalmente, da presença, disponibilidade e respeito, tanto dos seus familiares, como dos profissionais de saúde, de modo a possibilitar-lhe seguir o

percurso natural da sua doença, não se sentindo só perante a sua última etapa de vida, possibilitando-lhe uma morte digna e serena.

Sendo responsável pela manutenção, de forma contínua e autónoma, do meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional elaborei um poster sobre “Comunicação de Más Notícias”, bem como um cartão de bolso, que sintetiza os principais aspetos facilitadores da comunicação de más notícias e faz a apresentação do protocolo de Spikes (ANEXO I). Ressalvo que estes documentos não fizeram parte de nenhum Projeto de Estágio, porém a sua construção foi bastante válida, visto ser uma temática inerente à nossa prática profissional e, simultaneamente, transversal aos três Estágios.

No decorrer do Estágio, assisti a algumas conferências familiares, tendo colaborado com o Enfermeiro Orientador. Houve um dia em que se proporcionou a realização desta intervenção de forma autónoma, não só por estar preparada e ter assistido ao procedimento em questão, mas sobretudo pela relação de confiança que estabeleci com o cliente e a sua esposa. Assumindo a responsabilidade inerente ao momento e a competência: *“Produce um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”*, visto uma conferência familiar implicar uma forma estruturada de intervenção na família, constituindo-se um instrumento que possibilita aos profissionais maximizar o sucesso das suas intervenções, conversei previamente com a Dr.^a R. sobre a forma como iria conduzir esta atividade, ou seja, o plano de atuação, bem como os assuntos que iriam ser abordados.

A conferência familiar foi realizada no quarto do cliente, estando presente para além do próprio, a esposa. Esta teve como principal indicação discutir o plano terapêutico e preparar a alta do cliente. Os principais objetivos foram: interpretar novos dados clínicos, explicar opções terapêuticas, explorar expectativas e esperanças face ao tratamento e evolução da doença, prestar apoio e validar/percecionar reações emocionais, permitir a expressão de sentimentos, preocupações e medos.

Trata-se de um cliente, o Sr. M., de 73 anos de idade, internado há umas semanas na Unidade de Cuidados Paliativos. Possui adenocarcinoma da próstata com metástases ósseas e cerebrais. Fez radioterapia antialgica a nível vertebral. O motivo de

internamento foi prostração e febre. É casado, ex-bancário e tem dois filhos. Apesar de morarem fora de Lisboa, a esposa visita-o diariamente e, muitas vezes, pernoita junto do marido. As últimas análises comprovaram um agravamento da trombocitopenia, o que comprometia a alta programada para os próximos dias, dado o risco eminente de hemorragia.

A esposa do Sr. M. encontrava-se expectante, relativamente aos resultados das análises, enquanto o Sr. M. manteve sempre a sua postura impávida e serena, diria algo apática, constituindo-se um verdadeiro desafio na interpretação dos seus sentimentos e emoções. É de referir que o casal está ciente do agravamento progressivo do estado geral do Sr. M. Sentei-me ao lado destes e comuniquei, de forma serena, o resultado das análises e que tais valores comprometiam a alta para os próximos dois dias, conforme estava programada. Validei se a informação tinha sido compreendida e prossegui com as duas opções terapêuticas decididas pela equipa: aguardava-se até ao fim de semana e se o cliente mantivesse o mesmo estado geral, na Segunda-feira teria alta ou caso, a equipa médica, juntamente com o serviço de Medicina Transfusional considerasse que este beneficiaria com uma transfusão de plaquetas, esta seria administrada, se assim concordassem. A esposa mostrou-se muito recetiva e compreendeu o adiamento da alta, apesar da vontade manifesta de levar o marido para casa, uma vez que conseguiu reunir as condições para que tal fosse possível. Referiu, inclusive, que face a estes novos dados, não se sentia segura em levar o marido para casa. O Sr. M. manteve sempre a mesma expressão facial e quando o questionei quanto à compreensão da informação transmitida ou se teria alguma questão, ele apenas acenou afirmativamente com a cabeça e manifestou o seu agradecimento, assim como a esposa. Acrescento que em turnos anteriores, desenvolvi junto do Sr. M. algumas estratégias e intervenções que promoveram a manifestação aberta dos seus sentimentos, dúvidas e inquietações, o que foi desafiante e simultaneamente compensador, uma vez que consegui estabelecer um vínculo com este cliente, cliente este que não “permitia” chegarmos até ele.

Posteriormente a esposa quis falar comigo, em particular, para partilhar que o Sr. M. fazia anos no dia seguinte e se haveria possibilidade de proporcionar-lhe um almoço especial. Expressou vontade de ter um bolo de aniversário para o marido soprar as velas, mas que seria difícil para ela fazer o transportar nos transportes públicos. Tranquilei-a, ao comprometer-me falar com a Sr.^a Enf.^a M. para se organizar uma festa de aniversário

surpresa para o Sr. M. Antes desta conversa, o Sr. M. tinha-me confidenciado a vontade de ingerir bife com batatas fritas, pelo que providenciei essa refeição para o dia seguinte, junto das auxiliares responsáveis pela distribuição da alimentação. Assim, no dia seguinte fez-se a festa de aniversário na sala de Atividades Lúdicas, promovendo-se uma reunião familiar. Penso que foi um momento muito especial para ambos e que trouxe um sentimento de grande tranquilidade e satisfação, sobretudo para a esposa que tanto se empenhou para a concretização da festa.

Tive a oportunidade de assistir a duas reuniões interdisciplinares, que decorrem às Terças-feiras na Sala de Atividades Lúdicas e participei numa delas, visto ser uma das atividades propostas no meu Projeto de Estágio. De forma autónoma, apresentei à equipa interdisciplinar dois clientes que tinham chegado recentemente à Unidade de Cuidados Paliativos e discuti o plano de intervenção adequado, face aos diagnósticos levantados. Senti alguma dificuldade inicial em expor as minhas ideias, por ser um elemento novo e externo à equipa, mas progressivamente fiquei mais à vontade, conseguindo responder às questões colocadas sobre os clientes e participar ativamente na discussão, pelo que posso considerar que a competência: *“Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”* foi totalmente atingida. Realço este momento como fundamental para o fornecimento e partilha de informação sobre os casos problema entre toda a equipa e discuti-los, tendo como objetivo a busca de estratégias de resolução dos mesmos; acordar no processo de tomada de decisões sobre intervenções e plano de atuação, bem como proporcionar um espaço para partilha de sentimentos e dificuldades relativamente a esses mesmos casos e ao trabalho em equipa.

(Fonte: Procedimento nº1 – Gestão, organização e funcionamento do serviço: “Reunião interdisciplinar”).

Face às atividades desenvolvidas, penso que adquiri conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação em cuidados paliativos e integrá-las no meu cuidar à pessoa em situação de fim de vida e sua família, relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura, tendo aplicado algumas estratégias, tais como a utilização de questões abertas, que permitem ao cliente exprimir sentimentos e preocupações, sem nunca desvalorizar, mesmo de forma inconsciente, os sentimentos do cliente/família ou fazer uma tranquilização prematura ou falsa e sobretudo fugir de

uma situação de stress. As reflexões críticas que elaborei no decorrer do Estágio, bem como o estudo de caso que estruturei (ANEXO II) facilitaram a minha reflexão na e sobre a minha prática, de forma crítica.

1º OBJETIVO ESPECÍFICO

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com acesso subcutâneo, internada na Unidade de Cuidados Paliativos.

Tal como já foi mencionado anteriormente, a questão do controlo dos sintomas detém uma enorme importância para os clientes em fim de vida, que a colocam como uma prioridade central no seu bem-estar. De entre as estratégias para viabilizar o conforto e o controlo sintomático, a administração de fármacos representa seguramente o papel central. Pretende-se com as intervenções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) assegurar um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo a ocorrência de crises que agravem a qualidade de vida do cliente e aumentem a ansiedade dos familiares. A terapêutica farmacológica e a via através da qual é instituída devem respeitar o princípio de provocar o menor sofrimento possível ao cliente, sendo rápida e eficaz quanto às ações pretendidas.

O Enfermeiro, como parte integrante da equipa, deve conhecer a responsabilidade que tem na administração de medicamentos como algo importante dentro de um conjunto de atividades que realiza. Afinal, administrar fármacos não é somente uma tarefa mecânica a ser executada com complacência rígida de acordo com a prescrição médica, requer pensamento e o exercício do juízo profissional.

A via subcutânea consiste na infusão de fluidos no tecido subcutâneo. A absorção é mediada por forças hidrostáticas e osmose que permitem que a solução atinja o espaço intravascular. As principais indicações desta via são: via oral inviável; má absorção gastrointestinal; náuseas e vômitos; fármacos contra-indicados por via oral ou com resposta insatisfatória por essa via; sinais de toxicidade farmacológica; sedação e clientes em fase agónica. Existem algumas desvantagens, que por sinal são poucas, mas ressalvo as principais vantagens: não existe risco de embolia ou sépsis; técnica simples, eficaz, de fácil utilização e pouco dolorosa; conforto do cliente – menor

interferência na mobilidade e promoção da autonomia do cliente; índice de absorção semelhante ao da via intramuscular; biodisponibilidade sobreponível à da via endovenosa; manutenção de concentrações plasmáticas de fármacos estáveis; menor vigilância de risco de infecção ou extravasamento; auto-administração/ administração por parte de cuidadores informais; administração de um ou mais fármacos em simultâneo por infusão e baixo custo económico.

(Fonte: Procedimento nº11 – Prestação de Cuidados: “Via Subcutânea”).

O que motivou a escolha deste objetivo foi o facto de na instituição onde trabalho, em particular, no serviço da Residência Medicalizada, os médicos serem muito renitentes a esta forma de administração de terapêutica, demonstrando desconhecimento em relação aos efeitos de determinados fármacos em cuidados paliativos. Ao compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência, assim como a importância de comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas, o objetivo que tracei após o término do Estágio foi a organização de uma ação de formação no meu trabalho, dirigida a Enfermeiros e médicos sobre a utilização da via subcutânea na administração de fármacos e as suas vantagens no controlo sintomático nos clientes em fim de vida.

Para atingir este objetivo específico, defini como atividade primordial a pesquisa de informação e de artigos científicos, tendo chegado ao final do Estágio a conhecer as principais indicações e contra-indicações desta via de administração de fármacos e fluidos (hipodermoclise), as suas vantagens, efeitos adversos e procedimentos de intervenção, locais de eleição para punção, bem como os locais a excluir. Consigo aplicar a sequência lógica dos procedimentos, tendo sempre presente as compatibilidades entre fármacos e reconhecer o efeito terapêutico dos fármacos utilizados por esta via, em cuidados paliativos.

2º OBJETIVO ESPECÍFICO

Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do nível de esperança da pessoa internada na Unidade de Cuidados Paliativos.

Enquanto houver um sopro de vida, alguma coisa de novo pode surgir...”

(ABIVEN, 2001)

Após um período de reflexão e identificação das necessidades formativas do serviço, em consonância com o Enfermeiro Orientador, Enfermeira Coordenadora e Professora, decidi aprofundar o tema referente à Promoção da Esperança nos cuidados de enfermagem com o objetivo de contribuir para a determinação do nível de esperança da pessoa internada na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

O provérbio “*enquanto há vida há esperança*” reflete a sabedoria popular e remete-nos para a profunda intimidade existente entre vida e esperança. Etimologicamente, esperança deriva do Latim *sperantia* e é definida como “*confiança em se conseguir o que se deseja, expectativa*”. Enquanto verbo, “esperar” significa “aguardar; manter-se em expectativa; confiar” (COSTA, 2005, p.685). De acordo com QUERIDO (2005) a esperança influencia o bem-estar estando ligada à existência, tanto física como emocional e espiritual. Além disso, parece também facilitar e potenciar a capacidade dos indivíduos para contemplarem a vida depois da morte, sem entrarem em desespero. Trata-se de um conceito multidimensional que impulsiona a pessoa a transcender-se da situação atual. Apesar do seu caráter universal é influenciada pelas experiências de cada sujeito e, nesse sentido, é considerada individual e dinâmica.

Na minha opinião, perante uma situação de fim de vida a manutenção da esperança é importante, porque permite que os clientes vivam os seus últimos dias de forma mais plena possível. Sendo um elemento inerente e essencial à vida, facilita a transcendência das dificuldades. Ter uma esperança realista é reconhecer as limitações nas situações, acreditando ao mesmo tempo que as oportunidades também existem, permitindo a manutenção da vida até à morte. Quanto mais elevado for o nível de esperança, melhor será a adaptação da pessoa à doença, pelo que a esperança é uma excelente estratégia de coping em fim de vida.

Trata-se de um aspeto central no cuidado de enfermagem, ao contribuir para a capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida, para a determinação de objetivos saudáveis e para a promoção da saúde. A esperança pode, ainda, ser encarada como uma possível saída do ciclo de sofrimento e ser experienciada como um conforto. Como, tal torna-se imprescindível que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, no progresso do estado de saúde da pessoa de quem cuidam, uma vez que se encontram, inevitavelmente, numa posição que a pode influenciar positiva ou negativamente. (CAVACO *et al*, 2010).

Em suma, o Enfermeiro tem um papel privilegiado na promoção da esperança, no sentido de ajudar a pessoa a encontrar sentido para a vida e a acreditar que o tempo que vive não tem que ser uma espera angustiante pela morte. Contudo algumas questões se colocam: “*Como avaliar a esperança?*”; “*Como se avalia as intervenções dirigidas à promoção da esperança?*”.

Até há pouco tempo, a esperança era confiada à sensibilidade dos profissionais de saúde em relação ao tema, o que se constituía um obstáculo às necessidades do cliente. Daí a necessidade de se implementar a “Hearth Hope Index” para medição da esperança em Cuidados Paliativos. Trata-se de uma escala, que originalmente tem 11 itens, mas que ao ser adaptada à realidade portuguesa, passou a ter apenas 9 itens.

A formação realizada nas instituições contribui para a divulgação da mudança e para a sensibilização da equipa, desde que esteja motivada, com a finalidade de obter melhores cuidados para o bem cliente. Segundo VIEIRA compete ao Enfermeiro “*responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados.*” (VIEIRA 2009, p.37). Nesta linha de pensamento, com o intuito de promover a formação em serviço na minha área de especialização, assim como o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e outros profissionais da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, desenvolvi uma ação de sensibilização dirigida à equipa interdisciplinar com os seguintes objetivos: Sensibilizar para a importância da promoção da esperança em Cuidados Paliativos, como forma de intervenção face ao sofrimento; Alertar para a necessidade de aplicação de um instrumento, que permita avaliar as intervenções dirigidas à promoção da esperança; Apresentar a Escala de Esperança de Hearth, validada para a população portuguesa (VIANA *et al*, 2010).

Foi elaborado o plano de sessão de formação (ANEXO III) e os diapositivos da apresentação (ANEXO IV) como apoio e suporte metodológico.

Esta atividade realizou-se no meu último dia de Ensino Clínico, por sugestão do Enfermeiro Orientador. Posso considerar que obtive uma boa adesão, 12 pessoas, tendo os colegas de turno feito um esforço adicional para assistirem à ação de sensibilização. Estiveram também presentes a Enfermeira Coordenadora e a Enfermeira Responsável, assim como a Médica Coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

Os objetivos definidos para a referente ação de sensibilização foram atingidos satisfatoriamente, tendo conseguido sensibilizar os participantes para a pertinência desta temática e sua promoção junto dos clientes a receber cuidados paliativos. Após o término da apresentação criou-se, de acordo com a minha perspectiva, um excelente momento de partilha de opiniões, sugestões, refletindo-se sobre os procedimentos necessários para a viabilização da utilização desta escala na Unidade de Cuidados Paliativos. Sinto-me satisfeita com o resultado deste meu pequeno contributo, pois acredito que o trabalho irá ter uma continuidade por parte da equipa, mais concretamente por uma das Enfermeiras que é chefe de equipa e ficou “responsável” pelo desenvolvimento desta temática, atingindo a competência proposta pelo plano de estudos: “ *Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização*”.

Concomitantemente elaborei um procedimento na área de prestação de cuidados (ANEXO V), que fornece orientações para a aplicabilidade da Escala de Esperança de Hearth, caso esta venha a ser utilizada na prática dos cuidados de enfermagem, constituindo-se uma ferramenta útil para integração de novos profissionais na Unidade, assim como um separador/cartão de bolso com as principais intervenções de enfermagem que promovem a esperança e indicações relativamente ao uso da escala (ANEXO VI).

Gostei muito de estagiar na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, sinto que foi um privilégio ter surgido esta oportunidade. Fui muito bem recebida por toda a equipa, tendo aprendido muito não só sob o ponto de vista técnico, mas sobretudo em questões comunicacionais e relacionais, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Trata-se de um serviço onde se trabalha com muita intensidade, o que exige muito dos profissionais, sobretudo a vertente emocional, mas por outro lado e sob o ponto de vista humano é extremamente gratificante e compensador, uma vez que todo o trabalho é compensado pela forma com que os nossos clientes nos ensinam a aceitar a vida.

3- **MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS**

É uma das Unidades de Cuidados Intensivos mais modernas do país. Possui uma lotação de 8 camas monitorizadas centralmente, todas em quarto individual, oferecendo condições únicas de segurança e privacidade aos clientes, bem como a possibilidade de disporem de acompanhamento familiar durante períodos prolongados. Reconhecendo que o apoio e acompanhamento familiar são fundamentais na prestação de cuidados, a UCI apresenta um horário de visitas alargado, das 11h00 às 21h00. As informações telefónicas, que apenas são prestadas às pessoas significativas para o cliente, ocorrem no período das 8h30 às 23 horas.

O cliente ou pessoa significativa é que gerem a visita de familiares/amigos, sendo que apenas é permitido a permanência de duas visitas em simultâneo. Apenas é facilitada a visita de crianças com idade superior a 12 anos.

A UCI apresenta condições raras para os clientes e família, com a possibilidade de luz natural em todo o serviço através de uma clarabóia existente no centro da unidade. Todas as camas possuem monitores, ventiladores e sistemas de infusão e perfusão, com registo contínuo dos parâmetros monitorizados. Destaca-se a existência de um quarto de isolamento, caso a situação clínica do cliente assim o exija, assim como a presença de duas camas devidamente preparadas para a realização de técnicas de diálise.

Ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, o serviço conta com 5 equipas de enfermagem, composta no total por 31 enfermeiros. Existe uma percentagem elevada de enfermeiros contratados a tempo parcial, o que imprime na equipa uma grande rotatividade de profissionais. O método de trabalho é o método de trabalho individual, em que todos os cuidados prestados a um cliente são da responsabilidade de apenas um enfermeiro (COSTA, 2004). O rácio do serviço é de um Enfermeiro para dois clientes/família.

De acordo com a minha percepção é uma equipa que se interajuda nos cuidados de enfermagem, constituindo-se as passagens de turno momentos informais de discussão sobre o cuidar dos clientes /famílias. Trabalha em sintonia com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, sendo a sua opinião respeitada. A importância do trabalho em equipa na UCI é fundamental, pois promove uma comunicação eficaz, fomenta a

qualidade dos cuidados, aumenta os outcomes e incrementa a segurança do cliente/família (ROSE, 2011).

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – MÓDULO II

“ The intensive care unit serves as a place for monitoring and care of patients with potential Sever physiological instability requiring technical and/or artificial life support”

Society of Critical Care Medicine

Os Cuidados Intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma educação aprofundada no campo especializado dos cuidados críticos. São prestados em serviços ou departamentos especializados e dá-se importância à continuidade dos cuidados, com uma transição eficiente de um serviço para outro. Os clientes que permanecem em cuidados intensivos são os que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais, exigindo cuidados de enfermagem mais intensos e vigilantes. (URDEN [et al], 2008)

Como é conhecido, uma UCI tem um ambiente muito próprio, onde se integram as mais sofisticadas e diferenciadas intervenções técnicas médicas e de enfermagem. De acordo com vários autores, este ambiente está concebido, equipado e provido de profissionais e tecnologias que visam a satisfação das necessidades que se prevê serem as do cliente em situação de risco de vida – o doente crítico. Segundo PHIPPS [et al] (2003), desde os primórdios da enfermagem, a estratégia de colocar os clientes mais graves perto uns dos outros e o mais perto possível da bancada de trabalho da equipa de enfermagem, salientava a importância de uma avaliação frequente do seu estado de saúde e de uma intervenção rápida. São várias as condições fisiopatológicas que requerem cuidados médicos e de enfermagem especializados e intensivos, que envolvam a mobilização de conhecimentos sólidos e atuais, o uso de recursos modernos e eficazes e o reconhecimento e a monitorização apropriada das respostas ao tratamento instituído (LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2005). Considero que numa UCI o desempenho do Enfermeiro no cuidar da pessoa em situação crítica é onde permanece a chave do sucesso da sua recuperação, pois ocupa nestes serviços uma posição única na identificação de problemas, devendo estar em condições de controlar, intervir ou

corrigir situações que constituam uma ameaça à vida de quem cuidam. Assim, e como em qualquer outro serviço, o objetivo é prestar-se cuidados de enfermagem contínuos e de excelência, tendo em foco as necessidades dos clientes/famílias.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Particular da Região de Lisboa.

Posso considerar que este Estágio era o que mais temia, essencialmente, por dois motivos, primeiro porque não tinha experiência profissional nesta área, segundo por nunca ter realizado nenhum estágio em UCI no decorrer da minha licenciatura, embora tenha estado na UTMO do HSM que apesar da sua especificidade, deu-me uma perspetiva face à pessoa em situação crítica e sua família.

Tendo presente os cinco níveis de proficiência de BENNER, considero que no início do Estágio encontrava-me no nível de principiante avançado. Segundo esta teórica, quando uma Enfermeira com experiência é colocada num ambiente com atividades desconhecidas torna-se principiante, mas consegue rapidamente ultrapassar as dificuldades e adaptar-se à nova realidade demonstrando as suas competências (BENNER 2005, p.50). A aquisição de competências segundo este modelo depende da situação, ou seja, depende do contexto onde as mesmas serão adquiridas. Como tal, senti alguma insegurança inicial, porém nunca duvidei das minhas capacidades e competências profissionais. Ao ser responsável pela manutenção, de forma contínua e autónoma, do meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvi algumas estratégias que facilitaram a minha integração, de forma a alcançar o meu objetivo geral de Estágio, tais como: recolha, leitura e análise dos protocolos do serviço; pesquisa de informação e de artigos em livros e revistas científicas de temas pertinentes e relacionados com a minha prática profissional na UCI, assim como o esclarecimento de dúvidas junto da minha Enfermeira Orientadora.

O ambiente físico, tecnológico e altamente sofisticado de uma UCI, frequentemente intimida os familiares. Como Enfermeira assumi na minha prática diária a

responsabilidade de combinar a tecnologia da UCI com a prestação de cuidados individualizados ao cliente e sua família, considerando-as sempre alvo de cuidados. Esforcei-me por acompanhá-la nos momentos de dor e sofrimento, dissipando as incertezas, promovendo a esperança e conforto, assim como, por vezes, prepará-la para um desfecho triste e penoso. De acordo com BENNER (2005) “*a capacidade de envolvimento com os doentes e as famílias parece fulcral para ganhar perícia na enfermagem*”. No seu entender, a Enfermeira perita apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família na cura do cliente, dando-lhes as informações necessárias para lhes providenciar cuidados físicos e apoio afetivo e espiritual. Neste sentido, toma em linha de conta tanto as necessidades da família como as do cliente, sabendo assim quando deve permitir aos membros da família terem um papel maior, ou quando os deve substituir (BENNER, 2005). Considero que, para um enfermeiro perito, é crucial saber-ser, entender o outro na sua totalidade, ou seja, compreender e interpretar as suas necessidades, potencialidades e limitações, e perceber o outro na sua individualidade, possibilitando e proporcionando um Cuidar baseado numa visão holística.

A comunicação com a pessoa ventilada exige competências comunicacionais por parte do Enfermeiro. De acordo com a literatura, uma boa comunicação: “*entrar em relação com*”, ajuda a pessoa ventilada a enfrentar a situação de desmame, permite o conforto e o alívio do sofrimento. Enquanto a falta de comunicação torna o cliente mais isolado na sua dor, angústia e medo, impedindo-o de participar, de ter um papel ativo na sua recuperação. A comunicação com a pessoa ventilada foi outra das áreas que desenvolvi, em que é possível ajudar a família na compreensão do cliente e integrá-la nos cuidados. Nesta área, recordo clientes que chegam do BO, com cirurgias complexas, ainda ventilados e as famílias precisam de um grande apoio nesta fase, em que é um choque a visualização do seu ente querido, com uma imagem corporal alterada, devido ao tubo endotraqueal, os edemas generalizados e todos os equipamentos envolventes. Devemos estar cientes, que aquilo que é considerado como um procedimento habitual, para nós enfermeiros, não é percebido dessa forma pela família, não devendo-se subestimar o sofrimento e a ansiedade da mesma, que vai para casa com medo daquilo que poderão encontrar no dia seguinte. Compreendendo esta problemática e acreditando que o acolhimento possibilita a criação de uma relação humanizada entre quem cuida e quem é cuidado, constituindo-se uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado

em saúde, procurei sempre acompanhar a família até à unidade do cliente, explicando-lhes todos os procedimentos e o estado geral do seu familiar, o que reduz significativamente a ansiedade associada a estes momentos. Entreguei sempre o cartão com o contacto telefónico e um guia de acolhimento aos familiares durante a sua primeira visita à UCI. Assim, considero que no decorrer do Estágio demonstrei a competência “ *Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação com o cliente/família, e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças*”.

Ao nível técnico, senti necessidade de aprofundar conhecimentos nos cuidados de enfermagem à pessoa com ventilação mecânica invasiva/não invasiva; técnicas de substituição renal contínuas e descontínuas e colaboração em técnicas tais como: entubação endotraqueal, traqueostomia, broncofibroscopia, toracocentese, colocação de drenos torácicos e pleurais, cateteres venosos centrais e de hemodiálise, linhas arteriais, entre outros, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente. Contudo, dediquei-me particularmente à pessoa com ventilação invasiva, visto a minha inexperiência em relação a este procedimento e respetivos cuidados de enfermagem. Apercebi-me da importância de uma boa sedação e analgesia em todos os clientes ventilados, uma vez que se encontram sujeitos a estímulos que geram reações de stress. De acordo com ALMEIDA E RIBEIRO (2008) os principais fatores desencadeantes de stress são: Dor/estimulação intermitente (aspiração); desconforto (EOT/ventilação mecânica); imobilidade/ falta de privacidade; dificuldade de comunicação/informação; luz artificial / ausência de janelas; inexistência de ritmo diurno-nocturno; ruído/privação do sono; atitude do pessoal da Unidade e estado mental prévio do doente. Estes fatores desencadeantes de stress têm repercussões a nível fisiológico e psíquico. Assim, a sedação e analgesia no doente ventilado tem como objetivos: assegurar o seu bem-estar; minimizar repercussões fisiológicas e psicológicas; reduzir a pressão intracaraneana e o consumo de O₂. Para avaliação do grau de sedação e analgesia no cliente ventilado utiliza-se na UCI a escala de Ramesay e a NVPS, escalas com as quais não estavam familiarizada e aprendi a utilizá-las.

No dia 11 de Novembro de 2013 assisti a uma formação denominada: “Formação em nutrição clínica – conceitos e procedimentos” (ANEXO VII), com o objetivo de enriquecer e promover a minha formação e desenvolvimento profissional. Os principais

temas retratados foram a nutrição clínica no Hospital da Luz; avaliação do risco nutricional no cliente internado; nutrição oral – conceitos e procedimentos; nutrição entérica e parentérica – conceitos e procedimentos, sendo a minha Enfermeira orientadora uma das preletoras, finalizando-se com a discussão de casos clínicos.

Pode-se considerar que o percurso desenvolvido foi pautado por uma evolução do meu desempenho, que se traduziu no aumento da autonomia e capacidade de resposta às situações com que me deparei, tendo por base a reflexão, uma vez que *“a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, refletida”* (ALARCÃO, 2001). Deu-se a passagem de um estadio inicial em que os cuidados eram planeados e executados em conjunto com a Enfermeira Orientadora até à autonomia no planeamento e consecução dos mesmos.

1º OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com drenagens torácicas.

A escolha do objetivo prendeu-se ao facto de envolver cuidados cirúrgicos, área na qual trabalho, o nunca ter prestado cuidados a um cliente cirúrgico do foro cardíaco e com drenagens torácicas, bem como a frequência da prestação deste tipo de cuidados de enfermagem nesta UCI. Ao longo do Estágio prestei cuidados de enfermagem a três clientes com drenagens torácicas, sendo que dois destes vieram diretamente do BO, o que exigiu que adquirisse competências na colheita de dados imediata e informações relevantes em relação ao doente, procurando detetar precocemente possíveis problemas que comprometessem a estabilidade hemodinâmica do mesmo e instituir as primeiras intervenções de enfermagem.

Para alcançar o referido objetivo realizei uma pesquisa bibliográfica alargada com o intuito de aprofundar e desenvolver o meu conhecimento em relação ao mecanismo da ventilação e fisiologia da respiração; substâncias que se possam acumular no espaço pleural; principais indicações para colocação de drenagens torácicas e respetivos cuidados de enfermagem. Tive a oportunidade de assistir, uma única vez, à remoção de drenos torácicos, bem como o papel e intervenções do enfermeiro nesta atividade.

2º OBJETIVO ESPECÍFICO

Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de fim de vida e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos.

“As experiências humanas não podem ser medidas, apenas podem ser explicadas na forma como são percebidas, ou seja, a essência do fenómeno através dos olhos da pessoa que a vivencia. Só assim será possível compreender as experiências e descrição dos significados humanos, conduzindo à exploração do fenómeno.”

(WATSON, 1988)

Ao estabelecer uma comparação entre o meu primeiro Estágio na Unidade de Cuidados Paliativos e este na UCI do mesmo hospital, posso aferir que vivenciei duas realidades completamente distintas no que concerne à missão e objetivos face à pessoa e sua família, porém ambas têm algo em comum: pessoas em situação de fim de vida.

Demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família na minha área de especialização, emergiu a necessidade de refletir sobre os cuidados à pessoa em situação de fim de vida e sua família, com o objetivo de contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem, face aos vários dilemas éticos que se colocam numa UCI.

De acordo com SILVA (2010) a UCI foi criada e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes: a pessoa em estado crítico, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipa com conhecimento e experiência para cuidar desses clientes. Este cuidar envolve a busca da cura, mas também com o saber lidar com a morte junto da pessoa em estado crítico, família e também consigo próprio, como ser humano que se depara quotidianamente com a morte.

Estas Unidades, associadas ao avanço da tecnologia médica têm crescido de forma substancial. Por um lado ampliam as perspetivas terapêuticas, mas por outro, promovem a possibilidade de prolongar a vida a qualquer custo, implicando muitas vezes tratamentos desproporcionais. De acordo com SILVA, citado por MOURA (2011), *“a técnica permite manter vivo indefinidamente, negando à pessoa as consequências do facto de ser corporeamente constituído. A técnica substitui-se à natureza, agindo sobre o corpo do doente e mantendo-o vivo; é o sumo paradoxo da pessoa impedida de*

morrer na dimensão de si que a revela mortal.” Para MARQUES e VIEIRA (2007), as crescentes e quase ilimitadas possibilidades tecnológicas, passaram a dado momento a ser questionadas, fundamentalmente por duas ordens de razões. Por um lado pelo desenvolvimento dos conceitos de pessoa, dignidade, vida e cuidados fúteis, a que se acrescentou uma maior consciencialização dos princípios bioéticos e direitos pessoais e, por outro lado, pela questão económica. Não sendo os recursos inesgotáveis, deverão ser geridos racionalmente, sem com isto descuidar qualquer tipo de cuidado a quem dele necessite, mas evitá-lo a quem já não obtenha qualquer benefício, porque cada gasto inadequadamente aplicado irá refletir-se sobre a sociedade em geral.

Assim, lança-se uma grande questão: “ *Como é que o profissional de saúde, em particular o Enfermeiro, tendo à sua disposição uma alta tecnologia, deve agir com pessoas em fim de vida e suas famílias?*”

É sabido que os profissionais de saúde que participam no processo da morte, não recebem formação suficiente sobre o fim de vida e os inúmeros dilemas da bioética.

AZULAY citada por MACHADO [et al.] (2007) diz que, provavelmente, a utilização de medidas fúteis/desproporcionais ocorre por desconhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos, o que acaba por interferir no morrer com dignidade, resultando, muitas vezes, em situações de distanásia. Pode então dizer-se que a distanásia consiste em atrasar o mais possível o momento da morte, usando todos os meios possíveis, ainda que não haja esperança alguma de cura, mesmo que isso signifique provocar à pessoa sofrimentos adicionais e que, obviamente, não conseguirão afastar a inevitável morte, mas apenas atrasá-la umas horas ou uns dias.

É imprescindível que os profissionais de saúde que trabalham em UCI e vivenciam o processo de morte e sofrimento humano no seu quotidiano adquiram habilidades, experiência e conhecimentos necessários no cuidar de pessoas sem possibilidades terapêuticas. Os enfermeiros têm um papel preponderante no cuidar do cliente e dos seus familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, intermediários na interação entre todos os envolvidos, procurando implementar recursos que viabilizem ao cliente a melhor qualidade de vida, e quando isso não for possível, uma morte digna. Cuidar da pessoa em fim de vida deve ser considerado tão gratificante quanto à ressuscitação de um doente em paragem cardíaco-respiratória, considerando-se a morte como parte da vida.

No meu entendimento proporcionar uma boa morte é prestar cuidados de enfermagem com dignidade e respeito, com o mínimo de sofrimento e sem dor. Implica também conhecimento sobre o alívio da dor, sintomas clínicos comuns à fase final de vida e comunicação com a pessoa e família.

A formação reveste-se de primordial importância, caso estejamos dispostos a mudar de atitudes e comportamentos, uma vez que pode dar importantes contributos para a aprendizagem e desenvolvimento dos enfermeiros, tornando-os numa equipa coesa e com conhecimentos técnicos, científicos e relacionais capazes de prestarem cuidados de enfermagem de qualidade. A formação em serviço constitui a força impulsionadora da atualização dos conhecimentos e do aperfeiçoamento da prática clínica em enfermagem. Através da formação contínua, da qual faz parte a formação em serviço, o Enfermeiro tem a possibilidade de refletir sobre o observado e experienciado, e dessa forma, construir de forma ativa o seu caminho. Com o intuito de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da UCI e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, realizei uma ação de sensibilização sobre: “O cuidar da pessoa em fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas” em parceria com a Enfermeira e Professora orientadora e com a aprovação do Enfermeiro Chefe.

Foi elaborado o plano de sessão de formação (ANEXO VIII) e os diapositivos da apresentação (ANEXO IX) como apoio e suporte metodológico.

Este momento concretizou-se após a passagem do turno e estiveram presentes sete enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Chefe e uma aluna de enfermagem. Penso que correu muito bem, criou-se um momento importante de reflexão e partilha de opiniões, abordando-se um caso vivenciado recentemente pela equipa. Considera-se fulcral a realização de reuniões frequentes entre toda a equipa multidisciplinar para discussão de dilemas com o principal objetivo de levar os profissionais a refletirem sobre o que é melhor para o cliente, agilizando o processo de tomada de decisão. Contudo, ressalva-se a necessidade de respeitar sempre a autonomia do cliente e caso isso não seja possível, deverá ser respeitada a autonomia dos seus familiares. Referiu-se também que a identificação de medidas fúteis deverá ser estabelecida pela equipa multidisciplinar em consonância com o cliente (se capaz), família ou o seu representante legal. De acordo com a literatura, algumas medidas consideradas de tratamento fútil são: nutrição

entérica e parentérica, administração de fármacos vasoativos, técnicas de diálise, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e permanência do cliente na UCI.

Salvaguardou-se a necessidade de criação de protocolos de cuidados a clientes em fim de vida nas UCIS, como forma de colmatar o sofrimento e a dor no processo de morrer.

Adicionalmente elaborei um procedimento inserido na área dos cuidados de enfermagem, denominado “ *Cuidados de enfermagem ao cliente em fim de vida e sua família*” (ANEXO X) e redigi um artigo reflexivo sobre esta temática com o intuito de publicar futuramente numa revista de enfermagem (ANEXO XI).

4- **MÓDULO I – URGÊNCIA**

O Atendimento Médico Permanente (AMP) do Hospital da Luz disponibiliza uma assistência médica e cirúrgica Geral e Pediátrica. As clientes grávidas dirigem-se, por norma, ao piso 1 das consultas durante a semana com exceção dos fins-de-semana, feriados e período noturno em que são observadas no AMP. Depois da primeira avaliação pelos especialistas em Pediatria ou Medicina Geral e Familiar e caso estes considerem necessário, é possível recorrer, por chamada, a médicos de todas as outras especialidades existentes no Hospital. Está prevista também a necessidade de realizar quaisquer exames de diagnóstico na sequência da avaliação médica inicial, através do apoio permanente prestado pelo Laboratório de Patologia Clínica e pelo Centro de Imagiologia. Em geral, os resultados ficam disponíveis num prazo aproximado de duas horas. Caso a avaliação dos resultados de alguns destes exames requeira a intervenção de médicos não presentes no hospital, estão disponíveis canais de comunicação específicos para o efeito, além da possibilidade de recorrer à intervenção presencial por chamada. Os clientes cuja situação exija um período de observação são encaminhados, depois da avaliação médica inicial, para a Sala de Observação (SO).

É de referir que o AMP tem ainda capacidade para responder a qualquer necessidade de intervenção cirúrgica ou de internamento e dá resposta a todas as situações não programadas, dispondo de todos os meios necessários para prestar assistência a clientes em estado grave, através de um conjunto de serviços clínicos diferenciados.

Existem áreas de utilização comum ao cliente adulto e criança, tais como as salas de pequena-cirurgia; gessos/ortopedia e reanimação, bem como espaços reservados, como por exemplo, salas de espera e de tratamentos, gabinetes médicos e serviços de observação (SO). No que concerne o espaço físico do AMP dirigido ao cuidado do cliente adulto, existe uma sala de sujos; um WC; um quarto de serviço; uma sala para arrumação do material clínico; um SO composto por seis camas, existindo uma box para isolamento. São três os critérios para permanência do cliente no SO: gravidade; necessidade de imobilização ou colocação em maca; encaminhamento/transferência para internamento. Pode-se contar também com uma sala de enfermagem; uma sala de espera (denominada de “aquário”, dadas as suas características); uma sala de pausa;

uma sala de gessos/sala de tratamentos; uma sala de pequena cirurgia; três WC's; cinco consultórios médicos; uma sala de tratamentos; um gabinete de coordenação de enfermagem; uma sala de reanimação e um gabinete de triagem. O sistema de triagem e classificação dos clientes é feito mediante a gravidade da sua situação clínica e encontra-se dividido em três níveis: 1 – Emergente; 2 – Urgente; 3 – Não urgente e foi adaptado às necessidades específicas do serviço em questão.

Os recursos humanos do AMP são formados por uma Enfermeira Coordenadora e 5 equipas de enfermagem, que perfazem um total de 37 Enfermeiros, mais 3 Enfermeiros que se encontram fora de escala. Existem 15 Auxiliares de Ação Médica e assistentes de apoio ao cliente, que efetuam o transporte e acompanhamento dos clientes à realização de exames auxiliares de diagnóstico. No que concerne à gestão da equipa de enfermagem e auxiliar, a sua distribuição é feita diariamente, encontrando-se disponível para consulta a nível informático. A equipa é distribuída entre o AMP pediátrico e de adulto. Não existe nenhum elemento escalado para a sala de reanimação, pelo que em caso de ocorrência de alguma situação que exija a sua utilização, quem assume a liderança é o chefe de equipa e o segundo elemento.

Trata-se de um serviço que contribui generosamente para o desenvolvimento da minha experiência profissional, não só por se dirigir à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, mas também pela existência de uma variedade de patologias/ situações clínicas, sendo que se podem dividir, essencialmente, em situações do fórum médico, cirúrgico e, por vezes, ortopédico.

4.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE – MÓDULO I

“Cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente.”

(ALMINHAS, 2007)

A abordagem e o tratamento do cliente urgente e emergente constituem um desafio significativo e complexo, implicando, para quem cuida, a mobilização de um conjunto

de conhecimentos que se encontram todos interligados de forma a poder atuar para o bem do cliente, em tempo útil e com eficácia. É fundamental que os profissionais saibam exatamente o que fazer perante cada uma das situações com que são deparados, pois várias pessoas recorrem diariamente ao serviço de urgência em situações, por vezes, de grande instabilidade e de sofrimento, que pode ser físico, mental ou psicológico, tornando-as, a elas e consequentemente os seus familiares, frágeis, impotentes perante a situação que estão a vivenciar, esperando que a equipa de saúde olhe para elas e que estabeleça uma relação de cuidado. Este cuidado, citando VIEIRA (2009, p.115) “(...) baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro, é partilhar a sua dor, aliviar o seu sofrimento (...) não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos (...) exige tempo (...) não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho”. A implementação dos cuidados num serviço de urgência exige perícia, implicando da parte de quem atua conhecimentos, experiências, atitudes e a correta utilização dos padrões de cuidados, na procura permanente da excelência dos cuidados, obtendo-se assim a satisfação de quem recorre ao serviço.

Pode-se assim dizer que a enfermagem de urgência é pluridisciplinar, define-se pela diversidade de conhecimentos, de clientes e de processos de doença. O Enfermeiro de urgência necessita de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer da forma mais geral, quer de forma mais específica.

Num serviço de urgência onde tudo acontece rapidamente, com grande rotatividade de clientes pode parecer difícil o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. No entanto, o recurso a atitudes e habilidades relacionais podem contribuir para um cuidar holístico e intenso. Acima de tudo, a utilização de uma linguagem simples é essencial na comunicação com o cliente e sua família. Os principais alvos na relação de ajuda às famílias são o suporte psicológico e a educação. Ao utilizar a comunicação como instrumento de suporte nas suas intervenções o Enfermeiro aproxima-se da pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança (FREITAS, 2007). Não nos podemos esquecer de partilhar emoções e sentimentos, pois a satisfação das necessidades físicas é tão importante como a satisfação das necessidades psicológicas, espirituais e sociais. Em todas as nossas intervenções de enfermagem devemos recorrer a técnicas de

comunicação como a escuta ativa, o toque terapêutico e a comunicação nas suas diferentes vertentes, como forma de poder “estar com”. E toda esta possibilidade de “estar com” é tanto mais importante quando o outro, pela doença, pelo sofrimento, pelo desamparo e pela mudança de vida e de circunstâncias que um internamento lhe pode provocar, vive uma situação de angústia, de fragilidade, de solidão. A relação com o cliente passa por um tocar com solicitude. Segundo BISCAIA (1994) tocar de quem se cuida e trata, constitui um dos mais importantes meios de comunicação, de estar presente.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no AMP de um Hospital Particular da região de Lisboa.

1º OBJETIVO ESPECÍFICO

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica de médio e alto risco e sua família no AMP.

Inicialmente, procedi à consulta das políticas e procedimentos do serviço que são no total onze e estão inseridas nas seguintes áreas: circuito do cliente; oxigenoterapia; administração e compatibilidades farmacológicas; manutenção dos ventiladores da sala de reanimação; administração de carvão ativado; enema de limpeza; lavagem gástrica; avaliação da glicemia capilar; reanimação cardio-respiratória; atuação na convulsão e cuidados de enfermagem ao cliente com drenagens torácicas, com o intuito de manter de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional. Todos estes procedimentos foram extremamente válidos para a minha integração no serviço e, subsequentemente, para a prestação de cuidados de enfermagem.

Realizei várias pesquisas bibliográficas no sentido de relembrar, aprofundar e adquirir mais conhecimentos em relação a determinadas patologias ou situações clínicas com o

objetivo de fundamentar sempre o meu agir profissional. Saliento a pesquisa que executei sobre a administração do fármaco denominado glucagon em casos de bradicardia associada a uma sobredosagem/ toxicidade, ocasionada por b-bloqueantes ou bloqueadores dos canais de cálcio, na sequência de um caso vivenciado com uma cliente. Visto ter-se constituído um tema de interesse identificado por alguns enfermeiros, deixei no serviço, em suporte de papel, um conjunto de artigos científicos sobre a temática para eventual consulta futura. Através desta atividade desenvolvida “*demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*”.

A maioria dos turnos foram passados no SO do AMP, como forma a atingir o objetivo geral do Estágio, cujas competências a desenvolver encontram-se interligadas à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família. Tive contacto com experiências muito enriquecedoras, que possibilitaram a mobilização de saberes, adquiridos ao longo do plano curricular do Mestrado em Enfermagem e no decorrer da minha experiência profissional, existindo assim uma simbiose entre os saberes do contexto da prática e do contexto académico. Excecionalmente, no primeiro dia estive na triagem, por sugestão da Enfermeira Coordenadora.

A experiência na triagem foi completamente nova na medida que é uma função muito específica de um serviço de urgência e que nunca tinha vivenciado. A triagem é um processo que determina a gravidade da patologia e situação de doença dos clientes que dão entrada no serviço de urgência, para que o cliente receba os cuidados adequados à sua situação. São vários os fatores que interferem para que uma triagem seja eficiente, nomeadamente, ter um espaço próprio, ser posta em prática por um Enfermeiro experiente, com sistema de informação e de comunicação adequados, com ligação à área de prestação cuidados direta e com apoio da restante equipa multidisciplinar (SHEEHY’S, 2001). De acordo com a minha opinião, trata-se de um local de muita responsabilidade para o Enfermeiro, mais do que na realidade pensamos. Exige ao Enfermeiro perícia para assumir a responsabilidade de “categorizar” o cliente em relação ao risco, é muito mais do que a aplicação do instrumento. A experiência e a intuição que BENNER (2005) fala relativamente aos cuidados de enfermagem do Enfermeiro perito são visíveis nesta situação em que o Enfermeiro consegue perceber alterações fisiológicas subtis; pode reconhecer sinais de choque antes mesmo das

alterações nos sinais vitais, resultado de muitas experiências em situações semelhantes (BENNER, 2005). Assim, entende-se que seja um dos locais que o Enfermeiro, que esteja a ser integrado num serviço de urgência atua mais tardiamente. Apesar de BENNER (2005) referir que, pelo menos, é necessário cinco anos de experiência para perita, isso não se verifica no serviço. No AMP, por vezes, esta integração poderá ser de menos tempo, principalmente pela elevada rotatividade dos profissionais de enfermagem. No entanto, ao refletir criticamente sobre a experiência na sala de Triagem, o Enfermeiro que se encontra neste posto tem sempre alguma experiência anterior noutros serviços ou mesmo em outro serviço de urgência, apesar da integração neste serviço ser bastante reduzida, 2 a 3 meses. Assim, o Enfermeiro consegue integrar alguma experiência anterior na resolução de situações inesperadas.

Relativamente ao SO, posso considerar que tive uma rápida integração nas suas rotinas, tendo a minha Enfermeira Orientadora desempenhado um papel preponderante neste sentido. Tal como a Enf.^a S. chegou a referir, *“é como se não tivesse tido um período de integração, pois já estava integrada (...) Desempenhou desde o início do estágio todas as atividades e intervenções inerentes ao turno, de forma autónoma e com um olhar de enfermeira especialista (...)”* Curiosamente, e à parte do que foi mencionado anteriormente, é como se já tivesse trabalhado neste serviço anteriormente.

As reflexões críticas que realizei ao longo do Estágio acerca das situações vivenciadas, permitiram demonstrar o nível de conhecimento na área de especialização, a abordagem a situações complexas de modo sistemático e capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, tomando decisões fundamentadas, tomar iniciativa na interpretação e resolução de problemas, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar a capacidade de trabalhar em equipa. Fica patente nestas reflexões a importância das transições pelas quais um cliente/família experimenta num serviço de urgência e o papel fundamental do Enfermeiro como profissional facilitador para ultrapassar estas transições como experiências enriquecedoras para a pessoa (MELEIS, 2005).

No que concerne aos registos de enfermagem, já estava familiarizada com a forma de registo preconizada pelo programa informático adotado pelo Hospital, o que constitui-se outro aspeto facilitador para a minha integração nas rotinas do serviço. Procurei realizar em todos os turnos as prescrições autónomas de enfermagem para cada cliente, tendo a

Enfermeira Orientadora forneceu algumas sugestões que facilitam a busca das intervenções de enfermagem, minimizando o tempo dispendido na sua concretização. De acordo com o artigo nº 9 do REPE: “*consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.*” Considero fundamental a realização das mesmas, pois permitem realizar planos de cuidados adequados às necessidades dos nossos clientes, implicando a identificação de problemas, a formulação de diagnósticos e delinear as respetivas intervenções de enfermagem. Para além disso, contribuem para dar visibilidade às nossas intervenções, constituindo-se um instrumento que permite demonstrar os *outcomes* no processo saúde/doença do cliente à instituição e à sociedade. É fundamental que os enfermeiros compreendam a necessidade de darem visibilidade à sua prática, não só como precursor da sua identidade profissional, mas também como desenvolvimento para a excelência do cuidar. Os registos de enfermagem constituem-se, assim, um exemplo de uma estratégia fulcral para dar visibilidade à nossa prática profissional.

No início do Estágio constatei que no SO não existe qualquer tipo de documento destinado ao acolhimento do cliente/família. Acredito que este seja feito e da melhor forma possível por todos os enfermeiros, porém naquele momento, quer o cliente como a sua família estão a vivenciar uma situação de maior vulnerabilidade, ansiedade e stress, pelo que é compreensível que ocorra perda de informação. Também verifiquei que existe alguma disparidade, relativamente ao respeito de determinadas condutas inerentes ao funcionamento do SO. Como por exemplo, o facto de estar acordado pela equipa de enfermagem que no momento da passagem de turno, os familiares ficam a aguardar na sala de espera, como forma de respeitar o direito à privacidade e confidencialidade de informação dos clientes internados em SO, contudo esse tipo de cuidado nem sempre se verifica. Assim, considerei pertinente a criação de um panfleto informativo para ser entregue ao cliente/família no momento do acolhimento no SO, contudo a Enfermeira Coordenadora não demonstrou abertura para a realização do documento, pelo que decidi elaborar um cartaz, com a aprovação da minha Enfermeira Orientadora, para ser afixado à porta do SO (ANEXO XII), demonstrando a

competência: *“Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”*.

O acolhimento possibilita a criação de uma relação humanizada entre quem cuida e quem é cuidado, constituindo-se uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde, como tal e pela pertinência do referido documento, espero que este seja aprovado e, posteriormente, afixado quando terminarem as remodelações que estão a decorrer no AMP.

Colaborei no processo de integração de uma Auxiliar no SO, ajudando-a em determinados aspetos, tais como: localização de material necessário à prestação dos cuidados, alertando-a para a necessidade de reposição de stocks; na explicação das rotinas inerentes ao turno, na abordagem a adotar perante o cliente e sua família, assim como esta poderia colaborar comigo na realização de determinadas intervenções junto do cliente, como por exemplo, na técnica de algaliação. Contribui igualmente para a integração de uma colega que estava a iniciar o seu primeiro ensino clínico no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica, explicando-lhe determinadas rotinas, assim como o funcionamento do programa informático existente no hospital, com o qual esta não estava familiarizada.

Tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço. O primeiro tema abordado foi sobre a higienização das mãos: apresentação de resultados. O colega partilhou o resultado do seu estudo no AMP, após um período de observação da prática de higienização das mãos, tanto dos enfermeiros como dos auxiliares de ação médica. De seguida, a minha Enfermeira Orientadora falou sobre o tema: *“Viabilidade tecedular e tratamento de feridas”*, que considerei-o muito pertinente para a nossa prática diária. Para finalizar a formação, a Enfermeira S. apresentou os resultados trimestrais das prescrições autónomas de enfermagem realizadas pelos enfermeiros no AMP. Tal como referi anteriormente, estas são fundamentais para dar visibilidade ao nosso trabalho junto dos clientes, da própria instituição e da sociedade em geral, pelo que é importante os enfermeiros estejam cientes da importância da sua realização.

Segundo PEPLAU, a base do trabalho do Enfermeiro é a relação, e o cliente é visto como um parceiro de cuidados. A pessoa que o Enfermeiro se torna faz diferença naquilo que o cliente vai aprender (ALIGOOD, TOMEY 2004).

Face a este pensamento, considero pertinente relatar uma situação que vivenciei neste ensino clínico e que me fez refletir, uma vez mais para a promoção do conforto e dignidade à pessoa em situação de fim de vida, assunto que tanto me sensibiliza enquanto pessoa e Enfermeira. Trata-se de uma cliente, a Sr.^a D.^a I. de 72 anos de idade, residente em lar. Recorreu ao AMP por agravamento do cansaço, interferindo com as suas atividades de vida diária. Analiticamente com agravamento da anemia e disfunção renal. Tem como antecedentes pessoais insuficiência cardíaca com vários internamentos por descompensação, sendo o último no passado mês de Março; insuficiência mitral grave com indicação operatória; status pós valvuloplastia (prótese mecânica em posição aórtica); IRC; HTA; DM tipo II insulinotratada; hipertireoidismo; bócio multinodular tóxico; dislipidemia e perturbação afetiva. O motivo de internamento foi a ICC descompensada. A Sr.^a D.^a I é consciente, orientada, encontrando-se bastante ansiosa. Polipneica, com necessidade de aporte de O₂ por óculos nasais a 2 l/min, mantendo saturações de O₂: 95%. Tendencialmente hipotensa e com traçado cardíaco em fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada. Encontrava-se a fazer furosemida 200 mg/50 ml a 2 ml/h em perfusão. Tinha feito uma transfusão sanguínea na altura admissão por apresentar uma Hb: 9 mg/dl, tendo ficado após controlo transfusional com uma Hb: 9,4 mg/dl. Por o hospital ainda não ter vagas para quarto individual a cliente manteve-se em observação no SO.

A equipa de Medicina Interna fez uma reavaliação da cliente. Chegou a realizar uma paracentese diagnóstica (suspeita de líquido ascítico), apesar de esta encontrar-se muito renitente, referindo não querer ser sujeita a mais tratamentos/exames de diagnóstico invasivos. Estes consideravam que a cliente, dada a sua situação clínica, deveria ser transferida para os cuidados intermédios, pelo que conversaram com a mesma e, posteriormente, com a filha. A D.^a I. demonstrou o seu desagrado, referiu não querer ir para a unidade de cuidados intermédios e caso não tivesse vaga num quarto preferia ir para casa. Referiu, várias vezes, que estava cansada de sofrer e que se recusava a realizar mais qualquer tipo de procedimento invasivo... referiu também a vontade de morrer em paz. Perante este dilema e após eu ter manifestado a minha opinião junto da minha Enfermeira Orientadora, a equipa médica ainda ponderou transferi-la para a Unidade de Cuidados Paliativos, uma vez que padece de uma insuficiência cardíaca

congestiva em fase terminal, porém após a discussão do médico de serviço com outros colegas, optou-se por internar a cliente num serviço de Medicina/cirurgia.

Neste caso, ainda não foram esgotadas todas as possibilidades de tratamento e pode-se melhorar a qualidade de vida da cliente. Porém, esta padece de uma patologia em fase terminal, assim como de um conjunto infindável de co-morbilidades. Assim, estamos perante um dilema, uma vez que a cliente recusa continuar a ser sujeita a mais procedimentos invasivos, referindo estar muito cansada de sofrer. Contudo, considero que a decisão de se dirigir os objetivos terapêuticos para a promoção do conforto da cliente e da sua família a mais sensata, visto os cuidados paliativos serem a resposta adequada às necessidades de um cliente que apresenta uma doença progressiva, irreversível, e já numa fase terminal. Atendendo à definição de cuidados paliativos preconizada pela OMS em 2002, a Sr.^a D.^a I. necessita de uma rápida intervenção não só a nível físico, mas também a nível psicossocial e espiritual, pois o seu sofrimento não é somente físico. É fundamental parar e escutar aquilo que a Sr.^a D.^a I. nos está a transmitir, afinal esta é mais do que corpo, ou do que um conjunto de sintomas ou diagnósticos. Trata-se de uma pessoa em sofrimento, a necessitar de ser confortada, cuja comunicação verbal e não verbal interpela para a olharmos como um todo, desejando ver a sua vontade e capacidade de auto-determinação respeitadas.

2º OBJETIVO ESPECÍFICO

Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de forma a contribuir, através da formação, para o desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem do AMP.

Ao longo dos meus Estágios desenvolvi uma Revisão Sistemática da Literatura sobre “O Lugar da Escuta Ativa nos cuidados de enfermagem” (ANEXO XIII), que se encontra em fase de aprovação para publicação numa revista de enfermagem e eventual apresentação, sob a forma de comunicação livre, na Conferência Internacional de Enfermagem, organizada pela APE. A Enfermeira Coordenadora, assim como a Enfermeira Orientadora ao tomarem conhecimento deste trabalho de investigação desenvolvido, consideraram interessante que eu apresentasse os resultados da minha RSL à equipa de enfermagem, através de uma ação de sensibilização. Sugeriram

também que incluísse na minha apresentação o processo inerente à construção de uma RSL, visto não ser do conhecimento geral de alguns enfermeiros.

Foi elaborado o plano da ação de sensibilização – “ A importância da investigação em enfermagem” (ANEXO XIV) e os diapositivos da apresentação (ANEXO XV) como forma de apoio e suporte metodológico.

A formação decorreu num dia previamente determinado, entre as passagens de turno e teve como principais objetivos: sensibilizar os Enfermeiros do AMP para a importância da Investigação no desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina e profissão; explicar sucintamente o processo inerente à construção de uma Revisão Sistemática da Literatura e apresentar os resultados da minha RSL sobre: “ O lugar da Escuta Ativa nos cuidados de enfermagem”.

Estiveram presentes oito enfermeiros, incluindo a Enfermeira Coordenadora. Foi promovido um momento de partilha de informação, tendo os participantes demonstrado interesse pela temática, opinando de forma positiva e construtiva. Colocaram várias questões no decorrer da apresentação, nomeadamente sobre como aceder às bases de dados e proceder à seleção dos artigos pertinentes à questão de investigação levantada.

As competências em enfermagem resultam de um processo dinâmico de articulação e interação dos conhecimentos técnico-científicos com o meio onde se prestam os cuidados e são demonstradas pela ação dos enfermeiros, assim através desta atividade foram desenvolvidas as seguintes competências: “*Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializada*”; “*Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização*” e “*Promove a formação em serviço na sua área de especialização*”.

5- CONCLUSÃO

Acredito que não é possível existir naquilo que não fomos, naquilo que não vivemos. Mas é possível crescer através daquilo que tentamos, daquilo que buscamos e daquilo que sentimos.

Esta pequena reflexão reflete a minha maneira de ser e estar na vida, assim como na profissão... a insatisfação faz parte do meu ser e como tal, creio que para se atingir “aquela determinada coisa” que tanto ambicionamos, temos que lutar e desafiar todos os obstáculos, enfrentar os nossos medos e receios e sobretudo, nunca desistir... desistir não é opção! Tal implica um trabalho individual, mergulharmos no nosso interior em busca daquilo a que chamamos de identidade. Quando a encontramos tudo se torna claro e límpido aos nossos olhos.

Nesta minha busca incessante por conhecimento, visualizando na investigação um instrumento de grande valor e em ascensão na profissão e disciplina de enfermagem e com o objetivo de desenvolver competências especializadas, de forma a prestar cuidados de enfermagem de excelência ao cliente e família, encontrei no Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica o meu caminho. Caminho este que está a chegar ao fim, brevemente serei Enfermeira especialista e, concomitantemente, passarei a ser detentora de novas competências e responsabilidades para com a profissão e a sociedade em geral. Assim advinham-se novos desafios que terei todo o gosto de os enfrentar, de modo a continuar o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, até porque a vida só dá asas para quem não tem medo de cair.

Este percurso transportou-me, assim, para novos horizontes e contribuiu para a minha aprendizagem pessoal e profissional no que concerne a competências, comportamentos e valores. Segundo LE BOTERF (2003) *“O indivíduo que consegue retirar lições da experiência, transformando a sua atuação em experiência, não se satisfazendo em fazer agir, efetua do seu desempenho uma oportunidade de produção de saber, da forma como gere o seu tempo em função das atividades a efetuar, mas também transformando-o em tempo de aprendizagem, transformação e auto-realização.”*

Ao longo dos Estágios senti a necessidade de, por vezes, reformular ou adequar os objetivos do Projeto de Estágio inicial e, consequentemente as respetivas atividades,

mediante as características dos locais em que estava inserida, respeitando e procurando ir de encontro às necessidades identificadas. O que não invalidou o meu percurso, tornando-o ainda mais estimulante e gratificante, conduzindo a uma otimização dos meus conhecimentos, permitindo demonstrar capacidade de adaptação e análise crítica. Como nos diz MENOITA (2011, p. 60) “ *A reflexão sobre a situação de trabalho efetuada pelos próprios atores que realizam esse trabalho implica a sua participação ativa, passando estes a assumir um estatuto de objeto e de meio nos processos de transformação em curso. Esta implicação dos próprios profissionais exige que se efetue uma análise retrospectiva do trabalho realmente desenvolvido, o que fomenta o reconhecimento de saberes, de práticas e de capacidades até aí desconhecidas.*”

Os objetivos traçados no início deste relatório foram alcançados, pois foi possível fundamentar a área transversal aos três Estágios: “A Escuta Ativa nos cuidados de enfermagem – Uma intervenção confortadora” e explicitar os objetivos atingidos no decorrer dos três módulos. Ao longo da descrição das atividades realizadas e dos resultados das mesmas, foi possível demonstrar as competências desenvolvidas em todos os campos de ação do Enfermeiro especialista, abrangendo as áreas da prestação de cuidados, gestão, formação em serviço e investigação, inseridas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional (UCP, 2012).

A prestação de cuidados incidiu sobre o cliente de médio e alto risco e sua família no contexto de Cuidados Paliativos, UCI e AMP, nos quais foram desenvolvidas as atividades. A escuta activa assumiu-se como um pilar fundamental ao longo do meu percurso, sobretudo na relação estabelecida com os clientes e família, possibilitando que estes se sentissem confortáveis, seguros e compreendidos, promovendo também a obtenção de informações relevantes, que foram utilizadas para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para a realização do presente relatório, destaco como aspetos facilitadores as minhas reflexões críticas e projetos de ensino clínico, que agilizaram o processo de seleção da informação relevante, assim como os portfolios de aprendizagem que facilitaram a construção da fundamentação teórica do trabalho. A Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa pelos seus sábios conselhos.

Quanto às dificuldades sentidas, não posso considerar que tenham existido. Saliento apenas a necessidade de gerir o tempo, da melhor forma possível, no processo de estruturação do relatório, visto o prazo de entrega ser relativamente curto e ter que conciliar com a minha atividade laboral.

Em suma, considero que atingi os objetivos a que me propus na realização do presente relatório, assim como os objetivos referentes aos três estágios. Considero ter desenvolvido as competências necessárias ao título de enfermeira especialista na área de especialização Médico-Cirúrgica, recorrendo ao pensamento crítico, baseada em evidência científica. Fazendo um balanço desta minha caminhada, posso considerá-la árdua mas gratificante e desafiadora, constituindo-se uma verdadeira aprendizagem neste meu percurso enquanto Enfermeira em busca da excelência dos cuidados de enfermagem.

6- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALARCÃO, Isabel. **Formação Reflexiva**. Revista Referência. [consultado a 15 de Outubro de 2014]. Disponível em: [http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formação reflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formação%20reflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076);
- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília – **Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências**. Texto Contexto Enfermagem. 14:3 (2005) 373-382.
- ALEIXO, Telmo – **Contributo da Enfermagem para a Gestão** [consultado a 15 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF04/artigo%20gest%C3%A3o.pdf>;
- ALLIGOOD, A. M.; TOMEY, M. R. - **Teóricas de Enfermagem e sua obra**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6
- ALMEIDA, Maria Celeste Bastos e RIBEIRO, José Luís Pais. **Stress dos doentes em cuidados intensivos**. Referência. [Online] nº 7, Outubro de 2008, Vol. II série, pp. 79-88. [Consultado a 29 de Setembro de 2013]. Disponível em: www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php;
- AMPARO, Gonzalez (2008) – **Are you listening to your patients**. Endocrine Today. Vol. 6, p. 28-29;
- APÓSTOLO, João - **O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos** [consultado a 15 de Maio de 2014]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=teoria&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2133;
- APÓSTOLO, João - **O imaginário conduzido no conforto dos doentes psiquiátricos** [consultado a 1 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7157/2/O%20IMAGINRIO%20CONDUZIDO%20NO%20CONFORTO%20DE%20DOENTES%20EM%20CONTEXTO%20PS.pdf>;

- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5;
- BENNER, Patrícia. **De iniciado a perito**. 2ª. Coimbra: Quarteto, 2005. p. 262. 989-558-052-5;
- BERNARDO, Fr. (1999). **Acolher, escutar, entender e estimar a pessoa doente**. Revista Enfermagem Oncológica, 2, 26-27;
- BISCAIA, J. **Alguns problemas de bioética em saúde**. Cadernos de Bioética 1994; 8:15-26.
- BOYED, Stephen (1998) – **Listen up!** Nursing. Vol.28, p.60;
- BRYANTL (2009) – **The art of active listening**. Practise Nurse. p. 49-52;
- BUSH, K (2001) – **Do you really listen to patients?** RN. Vol.64, p. 35-37;
- CASTRO, Cidália; CATITA, Célia; CORDEIRO, Teresa (2002) – **Saber escutar para saber cuidar**. Nursing nº162, 3, 20-23;
- CAVACO, Vera [et al.] (2010) – **Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?** Revisão sistemática. Referência [em linha]. Série 2, nº12, p.93-103. [consultado 12 de Maio de 2013]. Disponível em www.researchgate.net/.../9fcfd5041277a6408c.pdf;
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS [consultado a 1 de Maio de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>;
- COSTA, Almeida J.; SAMPAIO e MELO, A. – **Dicionário da Língua Portuguesa** 2006 . 1ª ed. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN 972-0-01221-8;

- COSTA, José – **Métodos de prestação de cuidados**. Artigo publicado em Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. 2004;
- COUTINHO, C. (2005). **Humanizar é sempre possível**. Informar, revista de formação contínua em enfermagem. Ano XI (nº 35, publicações semestral, Julho/Dezembro). p. 39-42;
- CUNHA, Luísa (1999). **A eficiência da comunicação não verbal na interação social**. Informar nº17, 4, 36-40;
- DENNIS, Sharou (2004) - **Talk less, Listen more**. Nursing Standard. Vol. 19, p. 22-23;
- DIAS, António [et al] (1995). **Saber escutar para uma relação de ajuda em U.C.I.** Lisboa: Servir nº43, 6, 89-95;
- DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho**. Lisboa: Lusociência: edições técnicas e científicas Lda, 2004.197p. ISBN 972-8383-75-4;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Carta dos direitos do doente internado** [consultado a 8 de Junho de 2014]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_84/ai_n27000695/;
- DOWD, T.(2004). **Teoria do conforto**. In A. M. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e sua obra* (pp.481-495). Lisboa: Lusociência (original publicado inglês 2002). ISBN: 9789728383749;
- DOWD, T., Kolcaba, K. & Steiner, R. (2006). **Development of the healing touch comfort questionnaire**. *Holistic Nursing Practice*, 20, (3), 122-129;
- DOWD, T., Kolcaba, K., Steiner, R. & Fashinpaur, D. (2006). **Comfort theory, a unifying framework to enhance the practice environment**. *JONA, The Journal of Nursing Administration*, 36, (11), 538-544;

- DOWD, T., Kolcaba, K., Steiner, R. & Fashinpaur, D. (2007). **Comparison of a healing touch, coaching, and stress in younger college students.** *Holistic Nursing Practice*, 21, (4), 194 – 202;
- FREITAS, G. – **Uma contribuição acerca da fenomenologia e dos cuidados de enfermagem.** nº 21 (2007), p. 5-7. [Consulta 23 Abril 2014]. Disponível na Internet: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-5.pdf>;
- KACPEREK, L (1997) – **Non-verbal communication: The importance of listening.** *British Journal of Nursing*. p.13-26;
- KOLCABA, K. & DIMARCO, M. (2005). **Comfort theory and its application to pediatric Nursing.** *Pediatric Nursing*, 31, (3), 187-194;
- KOLCABA, K. (2003). **Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research.** New York: Springer Publishing Company, Inc.;
- KOLCABA, K. (2008). **The confort line personal.** [consultado a 1 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/personal.html>;
- KOLCABA, K. (2008). **The confort line.** [consultado a 1 de Maio de 2014]. Disponível em: http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html;
- KOLCABA, K. Y. – **A theory of holistic comfort for nursing.** *Journal of Advanced Nursing*. [em linha]. Vol.19, Nº6 (junho 1994). [Consultado em 1 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>. ISSN: 0309-2402;
- KOLCABA, K.; WAGNER, D.; BYRNE, M. **Effects of comfort warming on preoperative patients.** *AORN Journal*, Denver, v.84, n.3, p. 427, set. 2006. [consultado a 1 de Maio de 2014]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_84/ai_n27000695/;

- KOLCABA, K; APÓSTOLO, J.L.A. **The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders.** *Archives of Psychiatric Nursing*, Philadelphia, v.23, n.6, p. 403-411, dec. 2009. [consultado a 1 de Dezembro de 2013]. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/2009%20%20Effect%20of%20Guided%20Imagery%20on%20Comfort.pdf>;
- LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda: abordagem e prática de um critério de competência da enfermeira.** Lisboa: Lusodidacta, 1994, p.13 a 36;
- LE BOTEREF, Guy - **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais.** 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003. 178p. ISBN: 85-363-0129-5.
- LIPPINCOTT; WILLIAMS; WILKINS – **Enfermagem em Cuidados Críticos – Incrivelmente Fácil!** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 673 p. ISBN 85-277-1084-6.
- LINO, Carolina [et al.] (2011) - **Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias** [consultado 1 de Dezembro 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022011000100008&script=sci_arttext;
- MACHADO, Karina [et al] – **A formação em cuidados paliativos da equipa que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética.** [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf;
- MARQUES, PAULO; VIEIRA, Margarida – **Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI.** [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9867>;

- MELEIS, A. – **Theoretical Nursing: development and progress**. 3ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams and Williams, 2005. ISBN 0-7817-5767-3;
- MENOITA, Elsa Cristina Paz Caravela – **FORMAÇÃO EM SERVIÇO: Um contributo para o desenvolvimento de competências**. Coimbra: Formasau. 2011. 206p. ISBN 978-989-8269-15-7.
- MORITZ, Rachel (2008) – **Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22970>;
- NUNES, Lucília; VIEIRA, Margarida; [et al] – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2005, 454p. ISBN 972-99646-0-2;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem**. Lisboa: Suplemento de revista nº13, Julho 2004. 2-8 p. ISSN: 1646-2629.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Competência do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Desenvolvimento Profissional – Individualização das especialidades em Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros, suplemento da Revista. Nº 26, 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Caderno Temático. Dezembro, 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2001.

- PACHECO, S. (2004). **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética** (2^a ed). Loures: Lusociência. 168P. ISBN: 978-972-8383-30-5;
- PAIXÃO, Hugo; Monteiro, Rui Miguel – **Formação em serviço. Das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional**. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872- 8844. 87 (Novembro 2009) 41-43;
- PEREIRA, Ana Teresa Galante [et al.] – **Comunicação de más notícias: Revisão Sistemática da Literatura** [consultado 12 de Maio 2013]. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7443/1/artigo%20mas%20noticias.pdf>
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-84-3;
- PHIPPS [et al] - **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 2.^a ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 2555 p. ISBN 972-96610-0-6.
- PINTO, Vítor Feytor – “**Entre a vida e a morte, a razão da esperança. (Avaliação ética da eutanásia, distanásia e ortotanásia)**”. In: Servir.39 (1991), p.22
- QUERIDO, Ana Isabel. **A Esperança em Cuidados Paliativos**. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos (2005). Acessível na biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- RENAUD, Isabel – **Saúde e Vulnerabilidade**. Coimbra: Cadernos de Bioética, dezembro de 2000, 67-78p. ISSN 1646-8082;
- RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria Arminda – **O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura** [consultado 1 de Dezembro 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a16.pdf>;

- RICHARDS, Sara; SIMON, Gregory (2005) – **Developing Consulation Skills**. Practise Nurse. Vol. 29, p. 13-20;
- ROSE, Louise - **Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?** Nursing in the Critical Care. [S.l.] 1478-5153. 16:1 (2011) 5-10;
- RYAN, Regina Sara; TRAVIS, John (1993) - **Becoming a better listener**. Nursing, Vol.23, p.103-104;
- SERRA, Sérgio – **A enfermagem e a gestão dos serviços de saúde**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros nº7, Setembro de 2002. 52 p. ISSN: 1646-2629;
- SHATTELE M.; MORGAN B. (2005) – **Facilitating communication: how to truly understand what patients mean**. Journal of Psychosocial Nursing e Mental Health Services. Vol. 43, p.29-32;
- SHEEHY’S, Susan – **Enfermagem de Urgência** – da Teoria à Prática. 4ª Edição. Loures:Lusociência, 2001. 876 p. ISBN 972-8383-16-9.
- SILVA, Meudval Souza [et al.] (2010) – **Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva**. [Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>;
- THELAN, Lynne A. [et al.] – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Lusodidacta Lda, 2ª ed, 1996. 1050p. ISBN: 972-966610-2-2;
- TWYLCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-001-4;
- UCP-ICS/ESPS – **Mestrado em Enfermagem de natureza profissional: Regulamento Geral**: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, [2007]. 14p.

- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. ICS/ESPS - **Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos**. Lisboa: UCP, 2007.
- URDEN, Linda & Stacy Kathleen & Lough Mary - **Enfermagem de cuidados intensivos diagnóstico e intervenção**. Loures: Lusodidacta. 2008.ISBN:978-989-8075-08-6;
- VIANA, Andreia [e tal.] (2010) – **Avaliação da esperança em cuidados paliativos**. Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology [em linha]. Vol.2, nº1, p.607-616. [consultado 12 de Maio de 2013]. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2019/2/ulsd058732_td_II_Corpo_do_trabalho.pdf;
- VICTORIANO AB [et al.] – **Como comunicar más notícias: Revisão Bibliográfica** [consultado 12 de Maio 2013]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100005&script=sci_arttext;
- VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência**. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009 (Campos do saber;16), 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8

LEGISLAÇÃO

- PORTUGAL. Ministério da Educação. Portaria 268/2002 do Decreto-Lei 353/99, de 3 de Setembro de 1999 – **Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem**: D.R.: 1.ª Série - B, N.º 61, 13-3-2002. P. 2305-2309.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro de 1996 - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**: D.R.: I Série – A, N.º 205. 4-9- 96. P. 2959-2962.

- PORTUGAL (a). Ministério da Saúde. Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro de 2009 - **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. D.R.: 1.ª Série, N.º 180, 16-9-2009. P. 6528-6550.
- PORTUGAL (a). OE. Regulamento n.º 122/2011: **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. D.R.: 2.ª Série, N.º 35, 18-2-2011. P. 8648-8653.
- PORTUGAL (b). OE. Regulamento n.º 124/2011: **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica**. D.R.: 2.ª Série, N.º 35, 18-2-2011. P. 8656-8657.

ANEXOS

ANEXO I

Poster – “Comunicação de Más Notícias” e cartão de bolso que sintetiza os principais aspetos facilitadores da comunicação de más notícias e faz a apresentação do protocolo de Spikes

INTRODUÇÃO

A habilidade de comunicar é uma aspeto fundamental em todo o processo interativo, pois permite ao indivíduo enriquecer os seus conhecimentos, obter satisfação das suas necessidades, assim como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e conhecer o que os outros pensam e sentem. A comunicação de más notícias é uma realidade dos enfermeiros, constituindo-se uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais, os quais podem afetar a qualidade de desempenho neste domínio. É fundamental o reconhecimento desta realidade e a sua importância no processo de adaptação à doença e manutenção de um luto saudável. De acordo com Buckman, (1992), pode-se entender como má notícia todo o tipo de transmissão que produz sensações desagradáveis num dos seus agentes (emissor ou receptor), especialmente aquelas associadas ao diagnóstico e prognóstico de doenças.

OBJETIVOS:

- Sensibilizar para a importância de uma comunicação eficaz para a transmissão de uma má notícia a um doente e/ou familiares;
- Apresentar o protocolo de Spikes;
- Melhorar o processo comunicacional.



QUE ESTRATÉGIAS PODERÃO SER UTILIZADAS PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO DE UMA MÁ NOTÍCIA?

ASPETOS FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

- Estabelecer um relação empática;
- Conhecer a história clínica;
- Cuidar dos aspetos específicos da comunicação;
- Preparar o espaço físico;
- Organizar o tempo;
- Reconhecer que informação o doente quer saber;
- Encorajar e validar as emoções;
- Atenção e cuidado com a família;
- Trabalhar os próprios sentimentos.

PROTOCOLO DE SPIKES

6 FASES



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- PEREIRA, Ana Teresa Galvão (et al) – Comunicação de más notícias: Revisão Sistemática da Literatura (consultado 1 de Dezembro 2019) Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341117147>
- PEREIRA, Maria Jurema (2008) – Má notícia em saúde: Uma olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos (consultado 1 de Dezembro 2019). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341117147>
- PEREIRA, Maria Jurema (2019) – Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto (consultado 1 de Dezembro 2019) Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341117147>

Elaborado por: Patricia Martins a 10/2012/009

Sub orientação:

Professora Doutora Patricia Pontes de Sousa

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Uma comunicação eficaz reduz as incertezas, os medos e constitui uma ajuda fundamental na aceitação da doença/perda de um ente querido.
 (Pereira, 2005)

ASPETOS FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS:

- Estabelecer um relação empática;
- Conhecer a história clínica;
- Ver o doente como pessoa;
- Preparar o espaço físico;
- Organizar o tempo;
- Cuidar dos aspetos específicos da comunicação;
- Reconhecer que informação o doente quer saber;
- Encorajar e validar as emoções;
- Atenção e cuidado com a família;
- Trabalhar os próprios sentimentos.



Elaborado por: Patrícia Martins n.º 0201/2009
 Sob Orientação: Professora Doutora Patrícia Perdigão

- Qual a maneira mais adequada de transmitir más notícias?
- Quais as palavras, os gestos e a atitude a manter, antes, durante e após o ato comunicacional?
- Que estratégias poderão ser utilizadas para facilitar a comunicação de uma má notícia?



PROTOCOLO DE SPIKES

S	Setting up	Preparação do ambiente
P	Perception	Perceber aquilo que o doente sabe sobre a sua situação
I	Invitation	Saber aquilo que o doente deseja saber sobre a sua doença.
K	Knowledge	Transmissão/ Partilha de informações
E	Emotions	Expressão de emoções
S	Strategy and Summary	Diminuir a ansiedade do doente, revelando o seu plano terapêutico

“Cuidar no serviço de Urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente”
 ALMINHAS (2007, p. 68)

ANEXO II

Estudo de Caso:

“ Intervenções de Enfermagem face à pessoa que desenvolve toxicidade induzida por opióides”

Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ano Letivo: 2012/2013 – 1º Semestre

Turma 6

MÓDULO III- ESTÁGIO EM CUIDADOS PALIATIVOS



ESTUDO DE CASO

ESTUDO DE CASO

O Sr. F. é um doente de 85 anos de idade. Encontra-se consciente, orientado e calmo. Apresenta um discurso lentificado e nos últimos turnos encontra-se sonolento e prostrado.

Casado, vivia com a esposa numa residência medicalizada. Tem dois filhos, uma filha é enfermeira e professora numa unidade de ensino de enfermagem e o outro filho é advogado. Possui 3 netos.

Foi realizada conferência familiar com os filhos, que estão cientes da situação clínica do pai. Recusam procedimentos invasivos e concordam com a promoção de cuidados de conforto.

Tem os seguintes antecedentes pessoais: miocardiopatia dilatada, hipertensão arterial, DM II e neoplasia prostática desde há 5 anos, deu entrada no serviço de Atendimento Médico Permanente no dia 16 de Maio de 2013 com a seguinte sintomatologia, que passo a descrever: disúria, incontinência urinária, jacto fraco e lombalgia. Documentam-se adenopatias nas cadeias ilíacas comuns.

O motivo de internamento foi: dor pélvica e coccígea, tenesmo, insónia e tosse.

O plano terapêutico estabelecido pela equipa interdisciplinar foi promover o controlo sintomático.

Entre outra terapêutica instituída, iniciou morfina na dosagem de 1,25 mg/dl por via subcutânea de 4/4h. No dia a seguir, dia 17 de Maio, passou a ser administrada de 6/6h, uma vez que se estava a obter um bom controlo da dor e como forma a prevenir os efeitos adversos associados a este opióide.

Após o lanche, nesse mesmo dia, a Sr.^a Auxiliar veio solicitar-me ajuda para substituir o pijama do Sr. F., por este ter derramado o copo de água. Substitui-se o pijama e, aparentemente, pareceu-me tratar-se de um descuido, contudo fiquei em alerta.

Passado um tempo, desloco-me ao quarto do Sr. F e verifiquei que este apresentava tremores nos membros superiores e cabeça. O próprio questionou, embora muito sonolento: “Enfermeira, porque é que eu estou a tremer tanto?”. Deduzi, apesar de nunca ter assistido a nenhum episódio, que pudesse tratar-se de um efeito associado ao desenvolvimento de

neurotoxicidade, inerente à administração de morfina. Fui chamar o meu Enfermeiro Orientador e este confirmou que, provavelmente tratava-se de mioclonias.

Contactou-se a Médica Coordenadora que face à sintomatologia descrita, deu indicação para administrar-se 3 gotas de clonazepam, a morfina passar a ser administrada de 8/8h, mantendo a mesma dosagem, e para manter hidratação por hipodermoclise.

Os principais motivos associados aos efeitos de neurotoxicidade, induzidos pela administração de morfina, poderão estar associados ao facto de o doente apresentar uma insuficiência renal aguda, encontrar-se ligeiramente desidratado, bem como ser a primeira vez que está a fazer este opióide.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

DOR ONCOLÓGICA

A dor é uma experiência subjetiva para aquele que a sofre, mas, para aquele que a estuda é conveniente distinguir as suas componentes para compreendê-la e controlá-la melhor.

(Nicole Tremblay, 1991)

De acordo com Saunders e Baines (1983), definem dor total como uma dor crónica e persistente que desorganiza a pessoa tanto nos planos físico, psicológico, interpessoal e existencial, assim como nos planos social e económico.

Presentemente, muitas pessoas em fim de vida encontram-se num sofrimento desnecessário.

Perante a pessoa em situação de fim de vida nós, enfermeiros, devemos orientar as nossas intervenções de acordo com os princípios preconizados pela filosofia dos Cuidados Paliativos. Para tal, no que concerne à dor, o enfermeiro deverá saber fazer uma correta avaliação da mesma. Sabe-se que a dor é subjetiva, pois é aquilo que a pessoa doente nos descreve, contudo é fundamental a recolha de dados, utilizando métodos e utensílios pertinentes, como forma a compreender e avaliá-la o mais objetivamente possível.

Assim, perante uma pessoa com dor, e tendo consciência que se trata de um fenómeno multidimensional, deve-se avaliar os seguintes parâmetros:

- **Intensidade da dor** - utilização da escala de avaliação da intensidade da dor, sendo que 0 é equivalente à ausência de dor e dez à dor mais forte, por exemplo. Para além desta escala numérica, existem escalas visuais analógicas e escalas de classificação verbal.
- **Duração** – Deve-se colocar as seguintes questões à pessoa:
 - Quando é que tem mais dores?
 - Qual a duração da dor: constante? Intermitente? Breve?
 - Qual a frequência da dor?
- **Local;**
- **Sensação** – Questionar a pessoa sobre a palavra que melhore descreve a sua dor (pontada, queimadura, compressiva...);
- **Impacto nas atividades de vida diária;**
- **Alívio** - reavaliação da dor após medidas terapêuticas instituídas.

A maior parte dos doentes com cancro têm mais de um tipo de dor e de uma síndrome e irão sentir dor permanente com flutuações na intensidade e distribuição ao longo do tempo. Para além disso, a maior parte dos doentes irá também sentir uma exacerbação aguda da dor, denominada de dor irruptiva.¹

Devemos ter consciência que não é possível tratar a dor oncológica sem considerar adequadamente outros aspetos do sofrimento do doente e o adequado apoio psicossocial. Para o doente, toda a dor, quer seja nociceptiva ou de origem emocional, é percecionada como real. Tendo em consideração a escada analgésica da OMS, mas centrando-me no degrau 3 – opióides fortes com ou sem analgésicos adjuvantes, destacarei a morfina visto ter sido o opióide instituído no Sr. F.

A morfina, sendo considerada pela OMS como substância essencial, é o tratamento de primeira linha da dor oncológica. O seu efeito analgésico começa dentro de meia-hora após a administração e geralmente dura aproximadamente 4 horas. Os intervalos recomendados entre as doses são, portanto, de 4 horas, pois doses regulares são necessárias para atingir níveis do

^{1 2} BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5

sangue estabilizados. A seguir à iniciação, a dose necessita de ser titulada para encontrar a dose que alivie a dor.²

Apesar de a morfina ser um medicamento seguro quando bem utilizado, a este fármaco estão associados vários mitos, tais como: indução da morte da pessoa, depressão respiratória, habituação e tolerância.³

Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são obstipação, náuseas e vômitos e sonolência. Os dois últimos são transitórios, pois passados alguns dias por desenvolvimento de tolerância. Quanto à obstipação, institui-se sempre um laxante regular.

De acordo com Pereira (2010), no que diz respeito à neurotoxicidade induzida por opióides, dentro do largo espectro de efeitos excitatórios e inibitórios potenciais no sistema nervoso central, os mais comuns e clinicamente relevantes são: sedação, mioclonias, alucinações, défices cognitivos e delírio. O mecanismo exato destas toxicidades é inconclusivo, contudo sabe-se que doentes com insuficiência renal e doentes a tomar doses opióides mais elevadas estão em risco crescente de desenvolverem estas toxicidades.

As estratégias que se encontram disponíveis para gerir a neurotoxicidade são:

- **Rotação de opióide** – permite a eliminação do opióide agressor e dos seus metabolitos enquanto proporciona um bom controlo da dor.
- **Redução da dose do opióide**, caso a dor esteja controlada e os efeitos adversos não forem severos;
- **Hidratação oral ou artificial** para aumentar a eliminação renal de metabolitos opióides. A hidratação pode ser feita por hipodermoclise;
- Administração de benzodiazepinas, bacofleno e dantroleno para reduzir mioclonias, caso seja o caso.⁴

³ FOUCAULT, Claudette – **A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 299p. ISBN: 349 507/2012

⁴ BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5

Em suma, a hipótese de toxicidade não deve impedir os clínicos de usar opióides, pelo que se apela, sobretudo aos enfermeiros, uma vigilância rigorosa dos efeitos secundários e caso estes apareçam, deverão saber que existem estratégias simples para os controlar.

BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5;
- FOUCAULT, Claudette – **A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 299p. ISBN: 349 507/2012;
- TWYCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-001-4

ANEXO III

Plano da Ação de Sensibilização:

“A promoção da esperança nos cuidados de enfermagem: Em busca de uma luz ao fundo do túnel”



PLANO DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: “ EM BUSCA DE UMA LUZ AO FUNDO DO TÚNEL ”

FINALIDADE: Contribuir para a determinação do nível de esperança da pessoa internada na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

POPULAÇÃO ALVO: Equipa interdisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

TEMA DA SESSÃO: A promoção da Esperança nos cuidados de enfermagem.

DURAÇÃO: 30 minutos

OBJETIVOS:

- Sensibilizar para a importância da promoção da esperança em cuidados paliativos, como forma de intervenção face ao sofrimento;
- Alertar para a necessidade de aplicação de um instrumento, que permita avaliar as intervenções dirigidas à promoção da esperança;
- Apresentar a Escala de Esperança de Hearth, validada para a população portuguesa (Viana *et al*, 2010).

RECURSOS DIDATICOS:

- Videoprojector;
- Computador portátil.

MÉTODOS/ TÉCNICAS:

- Método afirmativo, técnica expositiva.

INDICADORES DE RESULTADOS:

- Aderência da equipa interdisciplinar à ação de sensibilização;
- Aprovação do procedimento e sua incorporação no Manual da Direção de Enfermagem.



	ATIVIDADES	MEIOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	▪ Comunicação do tema; ▪ Identificação dos objetivos da sessão. ▪ Apresentação de um excerto do filme: “Nunca é tarde demais” com os atores Jack Nicholson e Morgan Freeman.	Projector Internet	5 min
DESENVOLVIMENTO	Enquadramento teórico: ▪ Definição e conceitos associados à esperança; ▪ Apresentação dos quatro atributos centrais da esperança; ▪ Enquadramento da esperança nos Cuidados Paliativos; ▪ Definição das quatro fases da esperança; ▪ Identificação dos benefícios da esperança nos indivíduos em fim de vida na adaptação à sua doença; ▪ Apresentação dos dez atributos da esperança sob a perspetiva dos doentes em fim de vida; ▪ Nomeação dos focos de esperança frequentemente referidos pelos doentes a receber cuidados paliativos; ▪ Estratégias de promoção da esperança em cuidados paliativos; ▪ Identificação das categorias que limitam e fomentam a esperança; ▪ Referência à importância do papel do enfermeiro na promoção da esperança; ▪ Descrição das intervenções de enfermagem que promovem a esperança; ▪ Sensibilização quanto à importância de se utilizar um instrumento, que permita avaliar as nossas intervenções de enfermagem junto dos doentes; ▪ Apresentação da Escala de Herth-PT; ▪ Orientações quanto à sua utilização e aplicabilidade.	Projector	20 min.
CONCLUSÃO	▪ Realização de uma síntese dos pontos-chave da apresentação; ▪ Agradecimento à equipa pela sua disponibilidade.	Projector	5 min.

ANEXO IV

Dispositivos da Ação de Sensibilização:

“A promoção da esperança nos cuidados de enfermagem: Em busca de uma luz ao fundo do túnel”





OBJETIVOS DA SESSÃO:

- Sensibilizar para a importância da promoção da esperança em cuidados paliativos, como forma de intervenção face ao sofrimento;
- Alertar para a necessidade de aplicação de um instrumento, que permita avaliar as intervenções dirigidas à promoção da esperança;
- Apresentar a Escala de Esperança de Herth, validada para a população portuguesa (Viana *et al*, 2010);

Filme: “ NUNCA É TARDE DEMAIS”

Com Jack Nicholson e Morgan Freeman

- <http://youtu.be/7BwmOkIJJs4>
- <http://youtu.be/LIOCo0V7iHs>



O QUE É A ESPERANÇA?



ESPERANÇA



Conceito multidimensional que impulsiona a pessoa a transcender-se da situação atual. Apesar do seu caráter universal é influenciada pelas experiências de cada sujeito e, nesse sentido, é considerada individual e dinâmica.

(Kyla *et al*, 2009).



À luz da teologia e filosofia, a esperança é vista como inerente e essencial à vida, facilitando a transcendência das dificuldades.

(Lynch, 1965; Marcel, 1962 citados por Cutcliffe & Herth, 2002).

A esperança está intimamente ligada à busca de significado, ao sentido da vida e parece ser uma necessidade no mundo atual.



Ter esperança é reconhecer as limitações nas situações, acreditando ao mesmo tempo que as oportunidades também existem.

(Magão & Leal, 2002)

É uma estratégia de coping, auxiliando a pessoa a lidar com a dor do momento e com a incerteza do futuro.



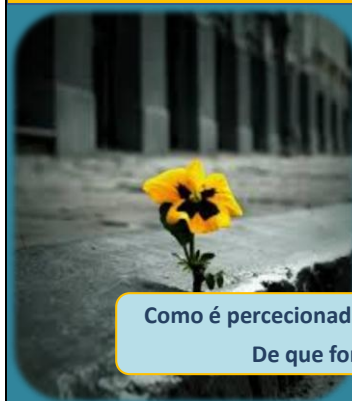


Segundo Sachse (2007) os componentes conceptuais da esperança incluem:

- Perceção realista da situação;
- Identificação de opções ;
- Avaliação realista de recursos;
- Determinação de metas;
- Preparação para resultados negativos;
- Esperança coexiste com a desesperança;
- Orientação para o futuro;
- Licitação dos poderes espirituais, conexão com um poder superior;
- Mobilização de energia;
- Medida de controlo;
- Determinação para suportar/aguentar/não desistir;
- Transcendência para além da situação.



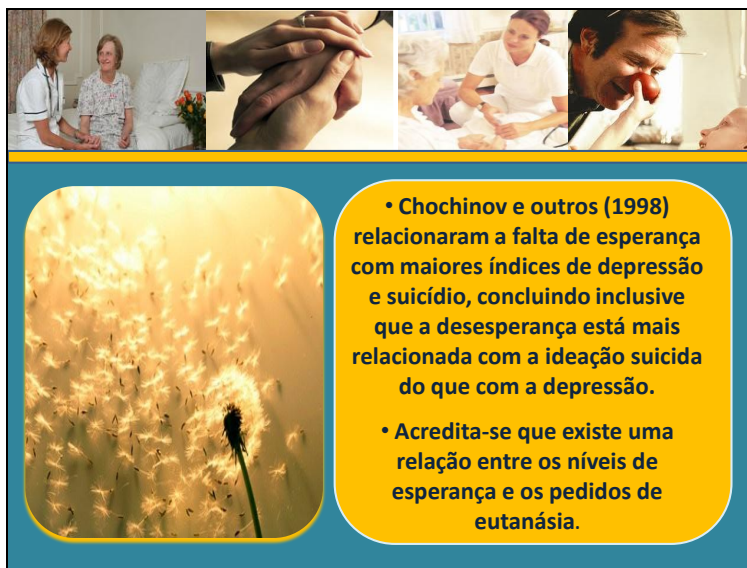
ESPERANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS



Sendo a esperança associada à expectativa de algo positivo e bom no futuro como pode um futuro definido em horas, dias, semanas e meses, trazer esperança?

(HERTH, 1990; ROSSEAU, 2000 citados por Querido, 2005)

Como é percecionada a esperança neste contexto?
De que forma ela é expressa?





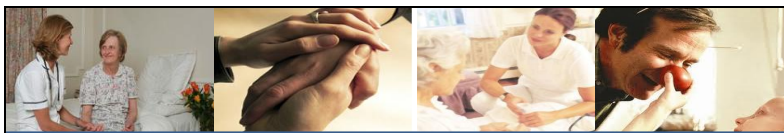
4 ESTÁDIOS OU FASES DA ESPERANÇA:

- Esperança de cura;
- Esperança de tratamento;
- Esperança de prolongamento de vida;
- Esperança de uma morte serena.



Dinamismo e mudança constante do foco de esperança ao longo do tempo, frequentemente modificada, realinhada e redimensionada.

(Viana et al, 2010)



Vários estudos demonstraram que viver com esperança é um fator significativo que assiste os indivíduos em fim de vida na adaptação à sua doença, tendo os seguintes benefícios:



- Redução da angústia psicológica;
- Aumenta o bem-estar psico-social;
- Melhora a qualidade de vida.

(McClement&Chochinov, 2008; Duggleby e outros, 2007a; Herth&Cutcliffe, 2002; Duggleby, 2001; Herth, 2000; Herth, 1990).

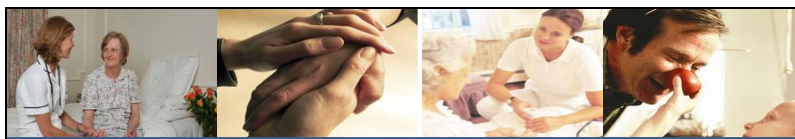


Johnson (2007), delineou 10 atributos da esperança na perspectiva dos doentes em fim de vida. Eles incluem:

- 1. Expetativa positiva:** estabelecimento de uma expectativa positiva com esperança de um amanhã melhor apesar do prognóstico;
- 2. Qualidades pessoais:** força interior, abordagem de resolução de problemas para a vida e o alcançar objetivos importantes;
- 3. Espiritualidade:** conexão com um ser superior, esperança na vida depois da morte e encontrar sentido no restante tempo a ser vivido;



4. **Objetivos:** identificar e alcançar objetivos a curto prazo;
5. **Conforto:** estar sem dor e confortável;
6. **Ajuda / Cuidar:** comportamentos dos outros, tal como o toque, escuta ativa, humor e obter informação honesta;
7. **Relações interpessoais:** relações de amor com amigos e família, relações honestas com os profissionais de saúde;
8. **Controlo:** algum grau de escolha face às decisões dos cuidados;
9. **Legado:** deixar para trás algo de valor para os outros;
10. **Revisão de vida:** conhecimento das conquistas do passado e contribuições para a vida dos outros



A manutenção da esperança, o “esperar com” além do “sofrer com”, em cuidados paliativos é fundamental, pois permite que os doentes vivam os seus últimos dias da forma mais plena possível, facilitando a transição final e aceitação da morte com a consequente reconciliação com a vida. (Egnew, 2005; Rushing, 2005)



A esperança permanece, nas pessoas em cuidados paliativos, e se esta desaparece aumenta a dor psicológica e o sofrimento.

Existem 7 categorias que limitam a esperança:

- Abandono e isolamento;
- Sentimentos negativos;
- Desespero;
- Medo;
- Dor incontável e desconforto;
- Fadiga;
- Despersonalização dos cuidados.

(Cavaco et al, 2010)





Existem 10 categorias que fomentam a esperança:

- Aceitação realista do seu estado;
- Amor pelas pessoas significativas;
- Religião/Espiritualidade:
- Relações positivas com os profissionais de saúde;
- Humor;
- Boa qualidade de vida/ controlo sintomático;
- Características pessoais;
- Delinear objetivos concretizáveis;
- Recordações positivas.
- Sentir-se escutado.

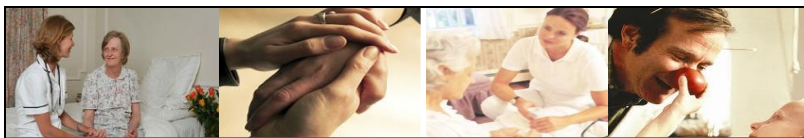
(Cavaco et al, 2010)



Trata-se de um aspeto central no cuidado de enfermagem!



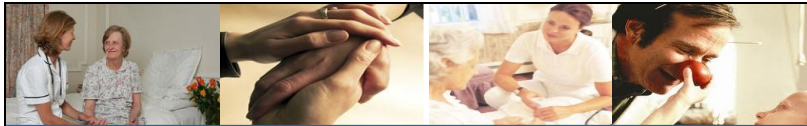
Neste sentido, o enfermeiro assume como papel e finalidade do cuidado, a promoção da esperança: ajudar a pessoa a transcender a situação de doença de forma a encontrar a força interior que a ajude a recuperar da situação de desesperança, a encontrar uma harmonia interior, mesmo que a situação evolua para a morte.



Ao profissional de saúde em geral e ao enfermeiro em particular, pede-se que saiba ler nas entrelinhas e que ajude a pessoa a restaurar a esperança, a encontrar sentido para a vida e a acreditar que o tempo que vive não tem de ser uma espera angustiante pela morte.

(Pinto et al, 2012)





Ações de enfermagem que promovem a Esperança:

- Discutir informação sobre a doença;
- Escutar o doente/familiares;
- Estabelecer metas realistas;
- Estabelecer uma relação empática e desenvolver competências comunicacionais, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações;
- Estimular o doente a olhar para além da doença;
- Explorar sentimentos;
- Fomentar estratégias motivacionais e emocionais;
- Fortalecer o suporte espiritual e social/familiar;
- Procurar minimizar os obstáculos que diminuem a esperança

(Cavaco et al, 2010)



Inicialmente, os enfermeiros utilizavam as suas capacidades de observação e intuição para avaliar a esperança (Herth, 1992) e identificar sinais de desesperança nos doentes (Pires, 2005).

Os sinais de desesperança incluíam uma diminuição da interação com os outros e um sentimento expresso de completo esmagamento (Farran e outros, 1995).



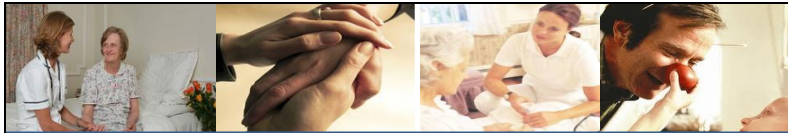
Obstáculo na resposta às necessidades do doente



• Como avaliar a Esperança?

- Como avaliar a eficácia das nossas intervenções dirigidas à promoção da Esperança?





HERTH HOPE INDEX



É um instrumento para medir a esperança, especialmente desenvolvido no contexto de final de vida e especificamente concebido para a utilização na prática clínica (Herth, 1992)



O HHI é designado para facilitar a avaliação da esperança em vários intervalos onde as alterações nos níveis de esperança poderão ser identificadas, requerendo pouco tempo e energia no seu preenchimento .

Trata-se de um instrumento de origem americana, é uma escala do tipo Likert, unidimensional, que contém no total 12 itens.



- Os itens podem ser classificados em quatro categorias: discordo totalmente; discordo; concordo e concordo totalmente.

Está construída de maneira a que quanto maior a pontuação obtida, maior é o nível de esperança. Os doze itens da escala fornecem orientação para áreas específicas de diminuição de esperança, que permitem o início de intervenções específicas.



HHI-PT (2010)



É um instrumento fiável, preciso e utilizável, que cumpre o objetivo a que se propõe: medir a esperança em cuidados paliativos.

Ficou composta por 9 itens, divergindo do instrumento apresentado por Herth (1992) que contém 12 itens.



	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Tenho uma atitude positiva perante a vida				
2- Tenho objetivos a curto, médio e/ou longo prazo				
3- Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades				
4- Tenho uma fé que me dá conforto				
5- Tenho uma profunda força interior.				
6- Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7- A minha vida tem um rumo.				
8- Acredito que cada dia tem potencial				
9- Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

© 1992 Kate Herth (1992)
Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana; António Barbosa; Maria dos Anjos Dias; Ana Querido



CONCLUSÃO

Viver com esperança não equivale a viver na ilusão!



Significa viver o tempo que resta da melhor forma possível, acreditando que, mesmo na finitude, a vida pode continuar a ter um sentido e que apesar da dor e da inevitabilidade da morte, o sofrimento pode ser modificável!



CONCLUSÃO (cont.)

• É fundamental manter os doentes a par da sua situação clínica e os ajudar a encontrar sentido e propósito na vida, mediante o planeamento de metas exequíveis e fomentando a vivência da espiritualidade saudável.

• A esperança assume especial relevo em situações de crise, pelo que é fundamental que os enfermeiros a incluam no planeamento dos cuidados de enfermagem.

“ Enquanto houver um sopro de vida, alguma coisa de novo pode surgir...”

(Abiven, 2001, p. 136).



BIBLIOGRAFIA:

- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5;
- CAVACO, Vera [et al.] (2010) – **Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?** Revisão sistemática. Referência [em linha]. Série 2, nº12, p.93-103. [consultado 12 de Maio de 2013]. Disponível em www.researchgate.net/.../91cfd5041277a6408c.pdf;
- CIBANAL, L. – **Interrelación del Profesional de Enfermería com el Paciente**. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A. 1991;
- COSTA, Almeida J.; SAMPAIO e MELO, A. – **Dicionário da Língua Portuguesa** 2006 . 1ª ed. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN 972-0-01221-8.
- CUTCLIFFE, John R.; HERTH, Kaye – **The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature** . British Journal of Nursing. Vol. 11, nº 12 (2002), p. 832-840.
- DUGGLEBY, Wendy D.; WRIGHT, Karen – **The Hope o Professional Caregivers Caring for Persons at the End of Life** . Journal of Hospice and Palliative Nursing . Vol. 9, nº 1 (2007), p. 42-49.
- FARRAN, C. J.; HERTH, K. A.; POPOVICH, J. M. – **Hope and Hopelessness, Critical clinical constructs** . Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
- FOUCAULT, Claudette – **A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 299p. ISBN: 349 507/2012;
- HENNEZEL, Marie de – **Diálogo com a Morte**. 4ª ed. Trad. do francês de José Carlos González. Pref. De François Mitterrand. Lisboa: Editorial Notícias, 2000. ISBN 972-46-0793-3;
- KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. 8ª ed. Trad. do inglês de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998. ISBN 85-336-0963-9;
- LAZURE, H. – **Viver a Relação de Ajuda**. Trad. do francês de Margarida Cunha Rosa. Lisboa: Lusodidacta, 1994, p.104.

- MOURA, Conceição – **A Inevitabilidade da morte e o cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2011. ISBN: 978-989-8218-66-7;
- PASSINI, Leo – **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Edições Loloya, 2011;
- PENZ, Kelly – **Theories of hope: are they relevant for palliative care nurses and their practice?** International Journal of Palliative Nursing . Vol. 14, nº 8 (2008), p.408-412;
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-84-3;
- PINTO, Sara [et al.] (2012) – **A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia**. Referência [em linha]. Série 3, nº7, p.23-31. [consultado 12 de Maio 2013]. Disponível em: https://www.esenfc.pt/pa3/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&id_artigo=2298&pesquisa
- PIRES, Ana Paula M. – **O Lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-10-0.
- QUERIDO, Ana Isabel. **A Esperança em Cuidados Paliativos**. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos (2005). Acessível na biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- SACHSE, Donna – **Hope: More Than a Refuge in a Storm. A concept Analysis using the Wilson Method and the Norris Method** . The International Journal of Psychiatric Nursing Research . Vol. 13, nº 1 (2007), p. 1546-1553
- THELAN, Lynne A. Et al – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Lusodidacta Lda, 2ª ed, 1996. 1050p. ISBN: 972-966610-2-2;
- TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-001-4;
- UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA. INSTITUTO DE CINÊNCIAS DA SAÚDE. ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE – **Guia de Elaboração e apresentação de trabalhos escritos**. Sintra: UCP, 2008. 63 p.
- VIANA, Andreia [e tal.] (2010) – **Avaliação da esperança em cuidados paliativos**. Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology [em linha]. Vol.2, nº1, p.607-616. [consultado 12 de Maio de 2013]. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2019/2/ulsd058732_id_II_Corpo_do_trabalho.pdf

ANEXO V

Procedimento de Enfermagem com orientações para a aplicabilidade da Escala de
Esperança de Hearth

MANUAL DA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO DO HOSPITAL RESIDENCIAL

1- NOME:

Escala de Esperança de Herth – (HHI-PT)

2- ÂMBITO:

Orientações para a aplicabilidade da Escala de Esperança de Herth.

3- PESSOAL ABRANGIDO:

Todos os profissionais da Unidade de Cuidados Paliativos.

4- PONTOS IMPORTANTES:

4.1 DEFINIÇÃO

- É um instrumento para medir a esperança, especialmente desenvolvido no contexto de final de vida e especificamente concebido para a utilização na prática clínica.
- Facilita a avaliação da esperança em vários intervalos onde as alterações nos níveis de esperança poderão ser identificadas, requerendo pouco tempo e energia no seu preenchimento.
- Trata-se de uma escala tipo Likert, unidimensional e que contém no total 9 itens.
- Os itens podem ser classificados em quatro categorias: discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente;
- A escala da esperança de Herth está construída de maneira a que quanto maior a pontuação obtida, maior é o nível de esperança. Os nove itens da escala fornecem orientação para áreas específicas de diminuição de esperança, que permitem o início de intervenções específicas.

4.2 OBJETIVOS

- Dar a conhecer a Escala de Esperança de Herth – (HHI-PT);

- Reforçar a importância da sua utilização;
- Determinar o nível de esperança dos doentes internados na Unidade de Cuidados Paliativos.

4.2 CRITÉRIOS DE APLICABILIDADE DA ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH:

- Doentes internados em cuidados paliativos, oncológicos e não oncológicos;
- Tratando-se de uma escala de auto-avaliação, encontra-se preconizado que seja, sempre que possível, o doente a preencher a escala de esperança de Herth;
- Se o doente apresentar alterações cognitivas que o impossibilitem de preencher com coerência a escala, o doente deixa de ter critério para a sua aplicabilidade;
- Caso o doente tenha algum tipo de incapacidade funcional que o impossibilite de preencher a escala autonomamente, este poderá ser auxiliado por um cuidador (família, profissionais de saúde ou outro), não devendo este emitir nenhum juízo crítico sobre a avaliação do doente, e deve ser registado quem é que preencheu a Escala de Esperança de Herth.

5 – SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

- Aplica-se a escala a todos os doentes admitidos na unidade de cuidados paliativos, excepto este não apresente critérios de aplicabilidade;
- A escala deve ser preenchida, pelo doente, no primeiro dia de internamento, durante o internamento e no dia da alta clínica;
- A escala deve ser entregue ao doente em suporte papel (ANEXO I), pelo enfermeiro que faz o acolhimento ao doente e sua família;
- Explicar o objetivo da escala, bem como o modo de preenchimento;
- Informar que é uma escala de auto-avaliação, mas demonstrar disponibilidade e caso necessário, ajudar no seu preenchimento;
- Informar que os resultados são confidenciais e que só os profissionais da equipa terão acesso;

- Transcrever os resultados para o processo clínico do doente;
- Comentar com o doente os resultados se for pertinente;
- Planear estratégias de intervenção adequadas para promover a esperança junto do doente, conforme o resultado apresentado.

ANEXO I

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHI – PT)

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Por favor, leia cada afirmação e coloque um **[x]** na caixa que descreve quanto concorda com esta afirmação **neste preciso momento**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Tenho uma atitude positiva perante a vida				
2- Tenho objetivos a curto, médio e/ou longo prazo				
3- Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades				
4- Tenho uma fé que me dá conforto				
5- Tenho uma profunda força interior.				
6- Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7- A minha vida tem um rumo.				
8- Acredito que cada dia tem potencial				
9- Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

ANEXO VI

Separador/Cartão de bolso com as principais ações de enfermagem que promovem a
esperança e indicações relativamente ao uso da escala de Herth



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE PROMOVEM A ESPERANÇA

- Discutir informação sobre a doença;
- Escutar o doente/familiares;
- Estabelecer metas realistas;
- Estabelecer uma relação empática e desenvolver competências comunicacionais, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações;
- Estimular o doente a olhar para além da doença;
- Explorar sentimentos;
- Fomentar estratégias motivacionais e emocionais;
- Fortalecer o suporte espiritual e social/familiar;
- Procurar minimizar os obstáculos que diminuem a esperança.

¹⁴ "Enquanto houver um sopro de vida, alguma coisa de novo pode surgir..."
(Abiven, 2001, p.136)



Trabalho elaborado por: Enf.ª Patrícia Martins - aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação do Enf. Joel Ferreira e da Professora Doutora Patrícia Pontifício de Sousa

Como avaliar a Esperança?

Como avaliar a eficácia das nossas intervenções dirigidas à promoção da esperança?



HERTH HOPE INDEX - PT

- Escala tipo Likert, unidimensional, que contém 9 itens;
- Os itens podem ser classificados em 4 categorias: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4);
- Quanto maior a pontuação obtida, maior é o nível de esperança.
- Cada item da escala fornece orientação para áreas específicas de diminuição de esperança, que permitem o início de intervenções específicas.

**VIVER COM ESPERANÇA NÃO EQUIVALE A VIVER NA ILUSÃO!
TRATA-SE DE VIVER O TEMPO QUE RESTA DA MELHOR FORMA POSSÍVEL!**



ANEXO VII

Certificado de presença na formação denominada:
“Formação em nutrição clínica – conceitos e procedimentos”

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Patrícia Martins, natural de Lisboa, nascido/a a 03/10/1986, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 13019243 emitido pelo Arquivo de Identificação de _____ em ____/____/____, participou no Curso de Formação Profissional Formação em Nutrição Clínica para Enfermeiros - conceitos e procedimentos que decorreu em 11/11/2013 no/a Hospital da Luz com a duração total de _____ horas.

Lisboa, 11 de Novembro de 2013

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

ADVITA - Associação para o
Desenvolvimento de Novas

ANEXO VIII

Plano da Ação de Sensibilização:

“ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

TEMA: Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família – duas realidades vivenciadas	
Local: UCI	Data: 13 de Novembro de 2013
Duração: 10 minutos	Formadores: Enf. ^a Patrícia Martins e Enf. ^a Ana Sofia Santos
Destinatários: Enfermeiros da UCI	

Objectivo Geral:

- Sensibilizar os Enfermeiros da UCI para o cuidar da pessoa em fim de vida e sua família numa UCI;

Objectivos Específicos:

- Estabelecer uma comparação sobre a minha experiência com o cliente em fim de vida e sua família na Unidade de Cuidados Paliativos e na UCI do Hospital da Luz.

Indicadores de resultados:

- Feedback fornecido pela equipa de enfermagem.

GUIÃO DA SESSÃO FORMATIVA

TEMA: Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família – duas realidades vivenciadas

Momento	Conteúdo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	• Apresentação dos formadores; • Comunicação do tema / objetivos; • Introdução ao tema.	Expositivo	PC
Desenvolvimento	• Apresentação do conceito de Cuidados Paliativos e seus objetivos; • Fim de vida numa UCI; • O papel do enfermeiro nesta temática; • Principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem; • Fatores facilitadores da promoção da dignidade do cliente em fim de vida; • Princípios fundamentais do cuidar da pessoa em fim de vida na UCI.	Expositivo / Activo	PC
Conclusão	• Conclusão do tema; • Esclarecimento de dúvidas	Expositivo / Activo	PC

ANEXO IX

Dispositivos da Ação de Sensibilização:

“ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”


HOSPITAL DA LUZ
 ESPÍRITO SANTO SAÚDE



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO







CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA E SUA FAMÍLIA: DUAS REALIDADES VIVENCIADAS...

Elaborada por: Enf.ª Patrícia Martins
Sob orientação da Sr.ª Enf.ª Sofia Dias –
 Mestre na especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica
Docente: Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa



OBJETIVO DE ESTÁGIO

Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de fim de vida e sua família na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz.





O que são cuidados paliativos?

Em 2002, a OMS definiu os cuidados paliativos como: “ uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”

BARBOSA, António; NETO, Isabel – Manual de Cuidados Paliativos, 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5



A prestação de Cuidados Paliativos visa a prevenção e intervenção no sofrimento do cliente com doença grave/ incurável e sua família, proporcionando-lhes bem-estar e dignidade

Os cuidados prestados ao cliente e família nesta área integram quatro componentes fundamentais:

- Avaliação das necessidades;
- Estabelecimento de objetivos terapêuticos;
- Cuidados ativos, globais e integrados;
- Educação e formação.



De acordo com vários estudos, nomeadamente de Singer e Steinhauser, os doentes com doença avançada apontam como fator central na qualidade de vida o controlo adequado de dor/outras sintomas.



ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)



**A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:
“EM BUSCA DE UMA LUZ AO FUNDO DO TÚNEL...”**



CUIDADOS INTENSIVOS





A UCI foi criada e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes:

- Os doentes em situação crítica;
- Sofisticação tecnológica;
- Equipa especializada com conhecimento e experiência para cuidar destes doentes.



Estas unidades por um lado ampliam as perspetivas terapêuticas, mas por outro, promovem a possibilidade de prolongar a vida a qualquer custo, implicando muitas vezes tratamentos desproporcionais.



NUMA UCI TAMBÉM EXISTEM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE FIM VIDA!!



Este cuidar envolve o saber lidar com a morte junto do doente em estado crítico, família e também consigo próprio, como ser humano que se depara quotidianamente com a morte. ^[1]

[1] SILVA, Mersival Souza [et al.] – Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. (Consultado a 5 de Outubro de 2013). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/revusp/v45n3/v45n3a27.pdf>



“ Como é que o profissional de saúde, em particular o enfermeiro, tendo à sua disposição uma alta tecnologia, deve agir com pessoas em fim de vida e suas famílias?”



A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DEVE TER SEMPRE POR FINALIDADE A PROTEÇÃO DA PESSOA E A DEFESA E PROMOÇÃO DA SUA DIGNIDADE.



De acordo com o disposto no nº 1, do artigo 78º - Princípios gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros: “ As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”



PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM:

- Formação insuficiente sobre o fim de vida e os inúmeros dilemas da bioética;
- Dificuldade do profissional em aceitar a morte como um processo natural na vida, bem como os limites da técnica;
- Dificuldades na definição de doente em fim de vida/incerteza do prognóstico;
- Foco das intervenções descentrado nas pessoas;
- Conflito na participação da tomada de decisão: entre as crenças e valores do enfermeiro e a sua responsabilidade/ética profissional;



- Dúvidas sobre a vontade e a capacidade do doente, caso este se encontre consciente;
- Dificuldades na percepção da resposta do doente quando este se encontra inconsciente, o que pode interferir na avaliação e gestão dos cuidados;
- Inexistência de critérios definidos sobre medidas consideradas desproporcionadas/fúteis;
- Falta de esclarecimento das condutas e formas de tratamento do doente em fim de vida à família por incapacidade de lidar com a situação;
- Não aceitação do processo de morte pela família.



A DECISÃO É SEMPRE INDIVIDUAL, DECISÃO ESSA QUE NÃO PODERÁ DEIXAR DE SER INFORMADA E FUNDAMENTADA NOS PRINCÍPIOS ÉTICOS e DEONTOLÓGICOS!

De acordo com Vieira (1994), “ (...) os enfermeiros, a quem é pedido que cuidem da vida e da saúde das pessoas, vivem, no plano profissional, problemas éticos que são constantemente chamados a resolver, muitas vezes, num curto espaço de tempo. Mesmo quando existem critérios de referência, permitindo a análise destas situações, a opção final será sempre e em última instância, uma decisão pessoal.”



FATORES FACILITADORES DA PROMOÇÃO DA DIGNIDADE DO DOENTE EM FIM DE VIDA:

- Trabalho em equipa, centralizado na pessoa;
- Manutenção da esperança;
- Competência profissional no tratamento da dor e outros sintomas;
- Valorização dos cuidados básicos face aos tratamentos agressivos – a busca da dignidade e conforto do doente;



De acordo com Moritz (2008) os princípios fundamentais do cuidar do doente em fim de vida na UCI são:

- Aceitar a morte como um processo natural de fim de vida;
- Defender sempre o melhor interesse do doente;
- Recusar futilidades: diagnóstica e terapêutica;
- Não encurtar a vida nem prolongar o processo de morte;
- Garantir a qualidade de vida e do morrer;
- Aliviar a dor e outros sintomas associados;
- Cuidar dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos doentes e seus familiares;



- Respeitar a autonomia do doente e dos seus representantes legais;
- Avaliar o custo-benefício em cada intervenção;
- Estimular a interdisciplinaridade;
- Assumir como familiar todo aquele que demonstra um vínculo afetivo ao participar no momento final da vida do doente.




Cuidar da pessoa em situação em situação de fim de vida deve ser considerado tão gratificante quanto à reanimação de um doente em paragem cardio respiratória, considerando-se a morte como parte da vida. Proporcionar uma boa morte é prestar cuidados de enfermagem com dignidade e respeito, proporcionando um fim de vida com o mínimo de sofrimento e dor possíveis.

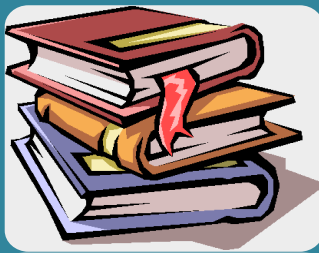
SILVA, Neuvaly Souza [et al.]. – Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. [Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pt/pdf/revista/revista.v1n1a1.pdf>

BIBLIOGRAFIA:

- ALMEIDA, Maria Celeste Bastos e RIBEIRO, José Luís Pais. **Stress dos doentes em cuidados intensivos**. Referência. [Online] nº 7, Outubro de 2008, Vol. II série, pp. 79-88. [Consultado a 29 de Setembro de 2013]. Disponível em: www.esenfc.pt/tr/admin/conteudos/downloadArtigo.php;
- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5;
- BARBOSA, Sophie. **Humanização dos cuidados de enfermagem – A Perspectiva do Enfermeiro** [Consultado a 29 de Setembro de 2013]. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf;
- BISCAIA, J. **Alguns problemas de bioética em saúde**. Cadernos de Bioética 1994; 8:15-26.
- CABRAL, Dinora G.C. (2001). **Humanizar: entre o projecto de vida e o de ser profissional, uma reflexão**. Informar, revista de formação contínua em enfermagem. Ano XI, nº 24 (Janeiro/Abril 2001), p. 14-17;
- CASTRO, Cidália; CATITA, Célia; CORDEIRO, Teresa (2002) – **Saber escutar para saber cuidar**. Nursing nº162, 3, 20-23;
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS [consultado a 29 de Setembro de 2013]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- COUTINHO, C. (2005). **Humanizar é sempre possível**. Informar, revista de formação contínua em enfermagem. Ano XI (nº 35, publicações semestral, Julho/Dezembro), p. 39-42;
- CUNHA, Luísa (1999). **A eficiência da comunicação não verbal na interação social**. Informar nº17, 4, 36-40;
- FOUCAULT, Claudette – **A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 299p. ISBN: 349 507/2012;
- HENNEZEL, Marie de – **Diálogo com a Morte**, 4ª ed. Trad. do francês de José Carlos González. Pref. De François Mitterrand. Lisboa: Editorial Notícias, 2000. ISBN 972-46-0793-3;
- JESUS, E. H. (2000). **Evolução tecnológica e humanização dos cuidados**. Revista Servir. Vol.48. nº5 (Setembro/Outubro), p. 221-226;
- KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. 8ª ed. Trad. do inglês de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998. ISBN 85-336-0963-9;

- LAZURE, H  lene – **Viver a rela  o de ajuda: abordagem e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994, p.13 a 36;
- MACHADO, Karina [et al.] – **A forma  o em cuidados paliativos da equipa que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf;
- MARQUES, PAULO; VIEIRA, Margarida – **Pr  nc  pios   ticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às interven  es de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9867>;
- MORITZ, Rachel (2008) – **Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22970>;
- MOURA, Concei  o – **A Inevitabilidade da morte e o cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2011. ISBN: 978-989-8218-66-7;
- OSSWALD, W. **Entre o “curar” e o “cuidar”: a humaniza  o dos serviços de saúde**. In Patrão-Neves, M. C. & Pacheco, S. (Coords.), Para uma   tica da enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p. 363-374;
- PASSINI, Leo – **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Edi  es Loloya, 2011;
- PATAK, Lance, et al. **Patient's reposts of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation**. [Online] September/October de 2004. [Consultado a 29 de Setembro de 2013]. Disponível em: www.heartandlung.org;
- PHANEUF, Margot. **Comunica  o, entrevista, rela  o de ajuda e valida  o**. Loures: Lusociência, 2005. p. 633. ISBN: 972-8383-84-3;
- PINTO, Isabel e SANTOS, Lucinda. **A comunica  o enfermeiro/doente em Unidade de Cuidados Intensivos**. Sinais Vitais. Janeiro de 1998, Vol. 16, p. 23-26;
- SILVA, Fernando Salomão [et al.] – **Percep  o dos enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva**. Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000200006&script=sci_artext;

- SILVA, Meudval Souza [et al.] – **Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva**. [Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>;
- THELAN, Lynne A. [et al.] – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Interven  o**. Lisboa: Lusodidacta Lda, 2   ed, 1996. 1050p. ISBN: 972-966610-2-2;
- TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-001-4;
- UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA. INSTITUTO DE CIN  NCIAS DA SAÚDE. ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE – **Guia de Elabora  o e apresenta  o de trabalhos escritos**. Sintra: UCP, 2008. 63 p.



ANEXO X

Procedimento de enfermagem com orientações sobre o cuidar do cliente em fim de vida e sua família

MANUAL DA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

1. NOME:

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE EM FIM DE VIDA E SUA FAMÍLIA.

2. ÂMBITO

DEFINIR E UNIFORMIZAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO DOENTE EM FIM DE VIDA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

3. PESSOAL ABRANGIDO

ENFERMEIROS DA UCI DO HOSPITAL DA LUZ.

4. ENQUADRAMENTO:

- O cuidar numa UCI envolve a busca da cura, mas também com o saber lidar com a morte junto do doente em estado crítico, família e também consigo próprio, como ser humano que se depara quotidianamente com a morte.
- O conceito de dignidade apresenta-se de uma importância fulcral para a prática de enfermagem, nomeadamente na área dos cuidados intensivos, pelas possibilidades não negligenciáveis da equipa de saúde iniciar e/ou manter um conjunto de intervenções sem aparente vantagem para a pessoa e, que poderão comprometer a sua dignidade.
- É necessária uma sensibilização e formação da equipa de saúde na área, dada à referência em artigos científicos, sobre a dificuldade do cuidar da pessoa em fim de vida;
- A tomada de decisão implica uma observação rigorosa da pessoa doente, numa abordagem racional, na relação de vida e morte, onde ressuscitar ou oferecer uma morte com dignidade é uma situação difícil.
A decisão de interromper determinado tratamento considerado fútil, nem sempre gera consenso entre os profissionais e familiares, pois depende em grande parte das convicções pessoais de cada um dos elementos.

- É imprescindível que os enfermeiros que trabalham na UCI e vivenciam o processo de morte e sofrimento humano no seu quotidiano adquiram habilidades, experiência e conhecimentos necessários no cuidar de pessoas sem possibilidades curativas.
- Cuidar da pessoa em fim de vida deve ser considerado tão gratificante quanto à ressuscitação de um doente em paragem cardio respiratória, considerando-se a morte como parte da vida.
- Proporcionar uma boa morte é prestar cuidados de enfermagem com dignidade, respeito e conforto, com o mínimo de sofrimento e sem dor. Implica também conhecimento sobre o alívio da dor, sintomas clínicos comuns à fase final de vida e comunicação com o doente e família.
- É fulcral a realização de reuniões entre toda a equipa multidisciplinar para discussão de dilemas e tomadas de decisão, respeitando sempre a autonomia do doente, e quando tal não é possível a dos seus familiares.

5. PONTOS IMPORTANTES:

5.1 Fatores facilitadores da promoção da dignidade do doente em fim de vida:

- Trabalho em equipa, centralizado na pessoa;
- Manutenção da esperança;
- Competência profissional no tratamento da dor e outros sintomas;
- Valorização dos cuidados básicos face aos tratamentos agressivos – a busca da dignidade e conforto do doente;

4.2 Princípios fundamentais do cuidar do doente em fim de vida na UCI são:

- Aceitar a morte como um processo natural de fim de vida;
- Defender sempre o melhor interesse do doente;
- Recusar futilidades: diagnóstica e terapêutica;
- Não encurtar a vida nem prolongar o processo de morte;
- Garantir a qualidade de vida e do morrer;
- Aliviar a dor e outros sintomas associados;
- Cuidar dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos doentes e seus familiares;
- Respeitar a autonomia do doente e dos seus representantes legais;
- Avaliar o custo-benefício em cada intervenção;

- Estimular a interdisciplinaridade;
- Assumir como familiar todo aquele que demonstra um vínculo afetivo ao participar no momento final da vida do doente.

5.2 Sinais e sintomas mais frequentes na fase agônica:

- Alterações respiratórias, sejam do tipo estertor, seja taqui/bradipneia;
- Dispneia;
- Alterações do estado de consciência, com episódios de delirium;
- Retenção urinária;
- Hipertermia, frequentemente de etiologia central;
- Circulação periférica comprometida. Aparecimento de livores;
- Rotação dos olhos – “olhar fixo num ponto”;
- Diminuição ou ausência do reflexo de deglutição.

5 – REFERÊNCIAS DE SUPORTE

- SILVA, Meudval Souza [*et al.*] – **Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva**. [Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>;
- PINTO, Isabel e SANTOS, Lucinda. A **comunicação enfermeiro/doente em Unidade de Cuidados Intensivos**. Sinais Vitais. Janeiro de 1998, Vol. 16, p. 23-26;
- SILVA, Fernando Salomão [*et al.*] – **Percepção dos enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva**. Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000200006&script=sci_arttext;
- MORITZ, Rachel (2008) – **Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22970>;
- MARQUES, PAULO; VIEIRA, Margarida – **Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9867>

ANEXO XI

Artigo de reflexão:

“ Cuidar da pessoa em situação de fim de vida e sua família: duas realidades vivenciadas...”



CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA E SUA FAMÍLIA: DUAS REALIDADES VIVENCIADAS

CARE OF THE PERSON IN STATE OF END OF LIFE AND YOUR FAMILY: EXPERIENCED TWO REALITIES

Patrícia Martins⁵

Ana Sofia Dias⁶

Patrícia Pontífice de Sousa⁷



Resumo: O presente artigo tem como principal objetivo promover a reflexão do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, para a sua prática de cuidados ao doente em situação de fim de vida e sua família.

Mediante a filosofia e missão dos Cuidados Paliativos, por mim experienciada numa Unidade de Cuidados Paliativos, procuro sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de se uniformizar o cuidado de enfermagem ao doente em fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

É imprescindível que os enfermeiros que trabalham na UCI e vivenciam o processo de morte e sofrimento humano no seu quotidiano adquiram habilidades, experiência e conhecimentos necessários no cuidar de pessoas sem possibilidades curativas.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados de enfermagem, pessoa em situação de fim de vida, cuidados paliativos, cuidados intensivos

ABSTRACT: This paper has as main objective to promote reflection of health professionals, particularly nurses, to its practice of care to a person in a situation of end life and your family.

By the philosophy and mission of a Palliative Care Unit, search to sensitize nurses to the need to standardize nursing care to the patient end of life in the Intensive Care Unit (ICU).

It is imperative that nurses working in the ICU and experience the process of death and human suffering in their daily lives acquire skills, experience and knowledge required in taking care of people without curative possibilities.

KEYWORDS: nursing care, person in a position to end of life, palliative care, intensive care

⁵ Licenciada em Enfermagem, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa. E-mail: patricia.martins_3@hotmail.com.

⁶ Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Enfermeira no Hospital da Luz.

⁷ Professora Doutora Orientadora, Universidade Católica Portuguesa.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizei o meu estágio opcional numa Unidade de Cuidados Paliativos, estando neste momento a estagiar numa Unidade de Cuidados Intensivos do mesmo hospital.

Previsivelmente, estou a vivenciar duas realidades completamente distintas, no que concerne à visão e objetivos de ambas as unidades face à pessoa internada e sua família, porém ambas têm algo em comum: pessoas em situação de fim de vida.

Assim emergiu a minha necessidade de refletir sobre os cuidados ao doente em fim de vida e sua família, com o objetivo de contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem, face aos vários dilemas éticos que se colocam numa Unidade de Cuidados Intensivos.

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REALIDADE ATUAL

A não-cura era encarada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração, uma área de não investimento. A doença terminal e a morte foram hospitalizadas e a sociedade em geral aumentou a distância face ao final de vida. No entanto, uma vez esgotadas de forma razoável todas as possibilidades de tratamento, entramos numa situação de progressão da doença, devendo dirigir-se os objetivos terapêuticos para a promoção do conforto do doente e da sua família.

Quando os tratamentos curativos se tornam inúteis e desnecessários devem dar lugar aos chamados cuidados paliativos. Estes são a resposta adequada às necessidades de um doente que apresenta uma doença progressiva, irreversível, e já numa fase terminal.⁸

O termo paliativo tem a sua origem no étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Podemos dizer que, nos cuidados paliativos, os sintomas que o doente manifesta são “encobertos” com tratamentos cuja principal finalidade é promover o conforto deste. No entanto, os cuidados paliativos estendem-se muito além do alívio de sintomas.⁹

Em 2002, Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como: *“ uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com*

⁸ MOURA, Conceição – **A Inevitabilidade da morte e o cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2011. ISBN: 978-989-8218-66-7

⁹ TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-001-4

prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais".¹⁰ É de referir que esta definição da OMS, também foi adotada por nós no Plano Nacional de Cuidados Paliativos, 2004.

A essência da filosofia dos cuidados paliativos é traduzida pelo seguinte pensamento de Cicely Saunders: “ *Eu importo-me pelo facto de você ser você, importo-me até ao último momento da sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para o ajudarmos a morrer em paz, mas também para viver até ao dia da morte.*”¹¹

Assim, a prestação de cuidados paliativos não se pretende prolongar a vida desnecessariamente com meios desproporcionados, nem acelerar ou precipitar a morte. Pretende-se, sim, promover a máxima qualidade de vida enquanto esta existe, de forma a alcançar uma morte digna.

Pode-se entender por qualidade de vida, de acordo como Twycross (2003) como: “ *aquilo que a pessoa considera como tal.*” A qualidade de vida está relacionado com o grau de satisfação subjetiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual.

Muitas pessoas questionaram-me sobre o motivo de ter escolhido os Cuidados Paliativos para realizar o meu estágio opcional, pois segundo as mesmas “ *é um serviço demasiado pesado e as pessoas estão todas a morrer*”. Acontece que a morte é um acontecimento natural, que faz parte das nossas vidas e está presente em todos os serviços, pelo que é preciso encará-la de frente e ajudar os doentes a assumi-la como uma realidade a que não podemos escapar. Na minha opinião, é preciso não marginalizar a morte, mas sim encará-la, aceitá-la e desmistificá-la.

O reconhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos aqueles que trabalham na área da saúde, pois a morte fará parte, mais cedo ou mais tarde, do seu quotidiano. Se não entendermos nem a morte nem os sentimentos que esta envolve, como entenderemos aqueles que se encontram em fim de vida, os seus anseios, os seus medos, as suas dúvidas e as suas inquietações? Como poderemos ajudá-los quando a sua cura já não é possível?

10 BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5

11 MOURA, Conceição – **A Inevitabilidade da morte e o cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2011. ISBN: 978-989-8218-66-7

“ O grande convite que é feito ao técnico de saúde é que perante o doente terminal, se aproxime, pare, aceite ter tempo para escutar e acompanhe esse homem que sofre e que, em última análise, apenas espera uma outra mão para segurar a sua própria mão. É que a presença de um amigo é sempre uma nova razão de esperança.”¹²

O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA NUMA UCI

Na sociedade em geral e no Hospital em particular, a morte é uma realidade muito difícil e dura, que muitas vezes não queremos vivenciar, mas que nos acompanha sempre. Numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), convive-se muito com a morte, uma vez que os doentes estão em situação crítica e por vezes irreversível, apelando à ponderação dos profissionais de saúde entre o risco/benefício, entre o deixar viver ou o deixar partir.

A UCI foi criada e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes: o doente em estado crítico, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipa com conhecimento e experiência para cuidar desses doentes.

Este cuidar envolve a busca da cura, mas também, tal como referido anteriormente, com o saber lidar com a morte junto do doente em estado crítico, família e também consigo próprio, como ser humano que se depara quotidianamente com a morte.¹³

O conceito de dignidade apresenta-se de uma importância fulcral para a prática de enfermagem, nomeadamente na área dos cuidados intensivos, pelas possibilidades não negligenciáveis da equipa de saúde iniciar e/ou manter um conjunto de intervenções sem aparente vantagem para a pessoa e, que poderão comprometer a sua dignidade.

Segundo Marques e Vieira (2007), as crescentes e quase ilimitadas possibilidades tecnológicas, passaram a dado momento a ser questionadas, fundamentalmente por duas ordens de razões. Por um lado pelo desenvolvimento dos conceitos de pessoa, dignidade, vida e cuidados fúteis, a que se acrescentou uma maior consciencialização dos princípios bioéticos e direitos pessoais e, por outro lado, pela questão económica. Não sendo os recursos inesgotáveis, deverão ser geridos racionalmente, sem com isto descuidar qualquer tipo de cuidado a quem dele necessite, mas evitá-lo a quem já não

¹² PINTO, Vítor Feytor – “Entre a vida e a morte, a razão da esperança. (Avaliação ética da eutanásia, distanásia e ortotanásia)”. In: Servir.39 (1991), p.22

¹³ SILVA, Meudval Souza [et al.] – **Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva.** [Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>;

obtenha qualquer benefício, porque cada gasto inadequadamente aplicado irá reflectir-se sobre a sociedade em geral.

A tomada de decisão implica uma observação rigorosa da pessoa doente, numa abordagem racional, na relação de vida e morte, onde ressuscitar ou oferecer uma morte com dignidade é uma situação difícil.

A decisão de interromper determinado tratamento considerado fútil, nem sempre gera consenso entre os profissionais e familiares, pois depende em grande parte das convicções pessoais de cada um dos elementos, pelo que se apela à realização de reuniões entre toda a equipa multidisciplinar para discussão de dilemas e tomadas de decisão, respeitando sempre a autonomia do doente, e quando tal não é possível a dos seus familiares.

Assim, considera-se necessária uma sensibilização e formação da equipa de saúde, pertencente a uma UCI, no cuidar da pessoa em fim de vida, dada à referência em artigos científicos, sobre a dificuldade sentida pelos profissionais nesta área. É imprescindível que os enfermeiros que trabalham na UCI e vivenciam o processo de morte e sofrimento humano no seu quotidiano adquiram habilidades, experiência e conhecimentos necessários no cuidar de pessoas sem possibilidades curativas.

Os enfermeiros têm um papel preponderante no cuidar do doente e dos seus familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, intermediários na interação entre todos os envolvidos, procurando implementar recursos que viabilizem à pessoa doente a melhor qualidade de vida, e quando isso não for possível, uma morte digna.

O cuidar da pessoa em fim de vida deve ser considerado tão gratificante quanto à ressuscitação de um doente em paragem cardio-respiratória, considerando-se a morte como parte da vida.

Proporcionar uma boa morte é prestar cuidados de enfermagem com dignidade, respeito e conforto, com o mínimo de sofrimento e sem dor. Implica também conhecimento sobre o alívio da dor, sintomas clínicos comuns à fase final de vida e comunicação com o doente e família.

De acordo com Moritz (2008) os princípios fundamentais do cuidar do doente em fim de vida na UCI são:

- Aceitar a morte como um processo natural de fim de vida;
- Defender sempre o melhor interesse do doente;

- Recusar futilidades: diagnóstica e terapêutica;
- Não encurtar a vida nem prolongar o processo de morte;
- Garantir a qualidade de vida e do morrer;
- Aliviar a dor e outros sintomas associados;
- Cuidar dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos doentes e seus familiares;
- Respeitar a autonomia do doente e dos seus representantes legais;
- Avaliar o custo-benefício em cada intervenção;
- Estimular a interdisciplinaridade;
- Assumir como familiar todo aquele que demonstra um vínculo afetivo ao participar no momento final da vida do doente.

CONCLUSÃO

Os cuidados em fim de vida podem ser instituídos numa UCI ou em qualquer outro lado. O que importa é a filosofia da humanização no resgate da dignidade humana durante o processo de fim de vida.

As mentes dos profissionais e da família devem estar abertas para entenderem que quando não há nada a fazer sob o ponto de vista técnico-científico, ainda há muito do ponto de vista humano. A finitude humana deve ser aceite por todos da forma mais digna possível, devendo-se cuidar das pessoas e não da doença.

Ressalva-se a necessidade de criação de procedimentos de enfermagem sobre o cuidar da pessoa em situação de vida nas UCI'S, como forma de colmatar o sofrimento e a dor no processo de morrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5;
- FOUCAULT, Claudette – **A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 299p. ISBN: 349 507/2012;
- HENNEZEL, Marie de – **Diálogo com a Morte**, 4ª ed. Trad. do francês de José Carlos González. Pref. De François Mitterrand. Lisboa: Editorial Notícias, 2000. ISBN 972-46-0793-3;

- KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. 8ª ed. Trad. do inglês de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998. ISBN 85-336-0963-9;

- MACHADO, Karina [et al.] – **A formação em cuidados paliativos da equipa que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf;

- MARQUES, PAULO; VIEIRA, Margarida – **Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9867>;

- MORITZ, Rachel (2008) – **Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva**. [Consultado a 4 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22970>;

- MOURA, Conceição – **A Inevitabilidade da morte e o cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2011. ISBN: 978-989-8218-66-7;

- PASSINI, Leo – **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Edições Loloya, 2011;

- SILVA, Fernando Salomão [et al.] – **Percepção dos enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva**. Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000200006&script=sci_arttext;

- SILVA, Meudval Souza [et al.] – **Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva**. [Consultado a 5 de Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>;

- TWYLCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-001-4;

ANEXO XII

Cartaz de Acolhimento ao cliente e família:

Normas de funcionamento do SO

SALA DE OBSERVAÇÃO (SO)

NORMAS DE FUNCIONAMENTO

Caixa de texto



- À chegada ao SO será acolhido por um enfermeiro que irá esclarecer todas as suas dúvidas, questões, assim como o objetivo de todos os cuidados prestados ;
- Será realizado um espólio relativo aos pertences (a roupa e determinados objetos de valor são entregues à família, permanecendo com o cliente aqueles que considera imprescindíveis, tais como prótese dentária, ocular ou auditiva, telemóvel...);
- É permitida a recepção de uma visita de cada vez, durante o período das 10h às 22h;
- Nos momentos de passagem de ocorrências será solicitado ao familiar/visita para aguardarem na sala de espera, por forma a respeitar os direitos à privacidade e confidencialidade de informação do cliente.

Elaborado por: Patrícia Martins nº192012009

Sob orientação: Enf.ª Sílvia de Castro – Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

Deceite: Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

ANEXO XIII

Revisão Sistemática da Literatura:

“O lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem”

2014

REVISÃO SISTEMÁTICA
DA LITERATURA

O LUGAR DA ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

[Por Patrícia Martins
e
Patrícia Pontífice de Sousa]



LISBOA





O LUGAR DA ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

THE PLACE OF ACTIVE LISTENING IN NURSING CARE

EL LUGAR DE ESCUCHA ACTIVA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Patrícia Martins*

Patrícia Pontífice de Sousa**

Resumo

Objetivo: Descrever o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem.

Método: A pesquisa foi feita em bases de dados científicas, disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros através do acesso reservado a membros, utilizando como motor de busca a EBSCO host - Research Databases. Selecionou-se as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with full text, Cochran Central Register of Controlled Trials, Cochran Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection comprehensive; Academic Search Complete. Considerou-se também a base de dados científica Scielo, seguindo um processo sistemático desde a seleção dos recursos de pesquisa até à avaliação crítica dos textos selecionados.

Questão de investigação: Qual o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença?

Resultados: Escutar trata-se de uma atitude ativa, dinâmica, que exprime esforço para compreender o significado daquilo que nos é dito. Trata-se de uma competência e, como tal, é preciso tempo e esforço para aprender como fazê-la de forma eficaz. A escuta ativa possui dois atributos: compreensão e ajuda e as suas principais finalidades nos cuidados de enfermagem são: estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro-utente; promover a compreensão, conforto e segurança do utente; recolha de informação e planeamento dos cuidados; gestão eficaz da doença: adesão terapêutica e auto-cuidado; redução de factores de risco e complicações e melhoria dos resultados em saúde.

Conclusões: A escuta é um pilar fundamental para a relação de ajuda e está situada no coração da prática do Enfermeiro. Este artigo tem implicações para a Enfermagem já que demonstra que a escuta ativa tem que ser valorizada pelos Enfermeiros e passar a fazer parte do seu agir profissional.

A produção científica sobre a escuta ativa nos cuidados de enfermagem é representada, na sua maioria, por artigos de reflexão. Considera-se importante o desenvolvimento da investigação nesta área, bem como a sua divulgação.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, comunicação em enfermagem, enfermagem, escuta, escuta ativa

Abstract

Objective: To describe the place of active listening in nursing care.

Method: The research was done in scientific databases, available on the website of the Association of Nurses through access restricted to members, using as search engine EBSCO host - Research Databases. We selected the databases CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with full text, Cochran Central Register of Controlled Trials, Cochran Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection comprehensive; Academic Search Complete. It was also the basis of scientific data Scielo, following a systematic process from the selection of research resources to critical evaluation of selected texts.

Research question: What is the place of active listening in nursing care for people in disease situations?

Results: Listen this is an active attitude, dynamic, expressing effort to understand the meaning of what we are told. It is a skill, and as such, it takes time and effort to learn how to do it effectively. Active listening has two attributes: understanding and help, and their main purposes in nursing care are: establishing a helping relationship between nurse-user; promote understanding, comfort and safety for the user, gathering information and care planning, management effective disease: treatment adherence and self-care, reduction of risk factors and complications and improving health outcomes.

Conclusions: Listening is a key pillar in the helping relationship and is situated in the heart of the practice nurse. This article has implications for nursing as it demonstrates that active listening has to be valued by Nurses and become part of their professional practice. The scientific literature on active listening in nursing is represented in its majority, by reflection articles. It is considered important development in this area of research, and its disclosure.

Keywords: nursing care, nursing communication, nursing, listening, active listening

* Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UCP. [patricia.martins_3@hotmail.com]

** Professora Doutora no ICS- UCP

Resumen

Objetivo: Describir el lugar de la escucha activa en el cuidado de enfermería.

Método: El estudio se realizó en bases de datos científicas, disponibles en la página web de la Asociación de Enfermeras a través del acceso restringido a los miembros, utilizando como motor de búsqueda host EBSCO - Bases de datos de investigación. Hemos seleccionado las bases de datos CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE con texto completo, Cochorane Registro Central de Ensayos Controlados, Cochorane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection integral; Academic Search Complete. Fue también la base de datos Scielo científico, siguiendo un proceso sistemático de la selección de recursos de investigación para la evaluación crítica de los textos seleccionados.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es el lugar de la escucha activa en el cuidado de para las personas en situaciones de enfermedad?

Resultados: Escuchar es una actitud activa, el esfuerzo dinámico, expresando a comprender el significado de lo que se nos dice. Es una habilidad, y como tal, se necesita tiempo y esfuerzo para aprender cómo hacerlo con eficacia. La escucha activa tiene dos atributos: comprensión y ayuda, y son sus principales objetivos en la atención de enfermería: el establecimiento de una relación de ayuda entre enfermera-usuario, promover la comprensión, la comodidad y la seguridad para el usuario, la recopilación de información y la planificación de la atención, gestión eficaz de la enfermedad: la adherencia al tratamiento y el cuidado personal, la reducción de los factores de riesgo y las complicaciones y mejorar los resultados de salud.

Conclusiones: El escuchar es un pilar fundamental en la relación de ayuda y está situado en el corazón de la práctica enfermera. Este artículo tiene implicaciones para la enfermería, ya que demuestra que la escucha activa tiene que ser valorado por las enfermeras y se convierten en parte de su práctica profesional. La literatura científica sobre la escucha activa en la enfermería está representado en su mayoría, en los artículos de reflexión. Se considera importante desarrollo en esta área de investigación, y su divulgación

Palabras clave: atención de enfermería, enfermería comunicación, la enfermería, la escucha, la escucha activa

Introdução

Cuidar em enfermagem é um ponto de partida, uma atitude, um desejo de empenhamento, implicando um relacionamento recíproco entre o Enfermeiro e a pessoa cuidada.

A relação de ajuda constitui-se um pilar, à volta da qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem.

Nesta revisão pretende-se estudar o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem, a partir do que está publicado até ao momento, sobre o tema em estudo e estabelecer o que resta fazer.

Escutar não é de maneira alguma sinónimo de ouvir. Derivado do verbo “escutar” e do latim “*auscultare*”, quer dizer tornar-se ou estar atento para ouvir, dar ouvidos a, aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir e ouvir.

De acordo com Lazure (1994): “Escutar, é constatar e também deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores.”

Escutar, é uma arte situada no coração da prática do Enfermeiro e, por isso, cada um de nós deverá desenvolver.

Trata-se de um processo ativo e voluntário, que envolve todo o corpo, no sentido de compreender verdadeiramente os sons e o silêncio.

Todo o ser humano experimenta a necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros.

Quando aparece um problema de saúde, o estado de vulnerabilidade aumenta e, o doente, para se sentir

importante, necessita de ser escutado atentamente pelo Enfermeiro, no sentido de o satisfazer.

O tempo investido na escuta não é tempo perdido, pois tal como afirmou Saint-Exupéry: “Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante!”

Os Enfermeiros que sabem verdadeiramente escutar, também sabem que o tempo é neutro, ou seja, que o tempo é o que fazemos com ele.

É importante desmistificar a ideia de que escutar deve acontecer num momento próprio. Por exemplo, todos os cuidados físicos, tratamentos constituem um pretexto para escutar, para ajudar. Quando sabemos escutar verdadeiramente o doente isso não requer mais tempo, e pode acelerar o caminho dos cuidados. Segundo Querido (2004) citada por Castro [*et al*], no contexto atual de cuidados em que as solicitações aos enfermeiros são cada vez mais e de maior complexidade, a preocupação com a qualidade dos cuidados tornou-se lema e objetivo de todas as instituições.

De acordo com a mesma autora, ouve-se dos doentes: “eles não nos escutam...”, estão muito ocupados” – é a acusação mais frequente feita aos profissionais em geral, e aos Enfermeiros em particular.

Morrison (2001) salienta que: “Se os Enfermeiros e os outros profissionais de saúde desejam praticar cuidados holísticos e individualizados, hão-de estar preparados para arranjar tempo e escutar atentamente os doentes e o que eles dizem.”

Ao contrário do que pode parecer, o ato voluntário de escutar não é fácil e não se trata de um dom natural. Trata-se de um ato exigente, que necessita do envolvimento integral do Enfermeiro, assim como de capacidades/competências de escuta. Os estudos demonstram que estas perícias são aprendidas e, quando não treinadas, perde-se cerca de metade do que se ouve.

Paradoxalmente, a escuta, que é a atividade mais importante do quotidiano do Enfermeiro é, no entanto, a que se tem menos formação.

Quanto a nós, na prática diária de cuidados, não pergunta a um utente ou familiar como é que se sente e escuta um simples “bem”, quando o seu tom de voz e linguagem corporal dizem precisamente o contrário?

Aqui fica um convite ao Enfermeiro para uma reflexão, acerca do seu desempenho no quotidiano e verificar se realmente escuta efetivamente os seus doentes.

Questão de investigação

Com o objetivo de enquadrar o estado atual do conhecimento, utilizou-se o método PI[C]OD (Participantes; Intervenções; Comparações; Outcomes; Desenho do estudo) para a construção da seguinte questão de investigação: Qual o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença?

Metodologia

Esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo descrever o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem.

Foram seguidos os seguintes passos: seleção dos recursos de pesquisa (bases de dados bibliográficas adequadas); seleção dos termos a utilizar na pesquisa; execução da pesquisa nas diferentes bases de dados refinando o processo e os resultados; leitura dos títulos e/ou resumos sugestivos; procura do texto integral ou da obra; seleção, inclusão e análise dos textos relevantes

para responder à questão de investigação; avaliação crítica dos textos selecionados.

A pesquisa foi feita em bases de dados científicas, disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros através do acesso reservado a membros, utilizando como motor de busca a EBSCO host - Research Databases. Selecionou-se as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with full text, Cochorane Central Register of Controlled Trials, Cochorane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection comprehensive; Academic Search Complete. Considerou-se também a base de dados científica Scielo.

Definiu-se três termos de busca: escuta ativa, enfermagem e comunicação, assim como o seguinte operador booleano: «AND». De forma a limitar/ refinar os resultados, foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: textos completos, publicações na língua inglesa e datadas de 1993 até 2012. Foram excluídas as

dissertações, teses e artigos de revisão de literatura.

Foram identificados 199 artigos que se mostraram relevantes para a questão em estudo. Destes, de acordo com os critérios de inclusão selecionados, aceitaram-se 22 referências para a revisão sistemática da literatura, excluindo os restantes. A partir da leitura do abstract, obteve-se uma amostra de 11 artigos.

Numa segunda fase procedeu-se à leitura integral de cada artigo selecionado. Estes foram agrupados em quatro categorias, de acordo com a metodologia: artigos de reflexão e artigos de investigação que, não obstante resultaram de uma metodologia de investigação, foram distinguidos pela pertinência e especificidade das suas temáticas.

Os dados foram colocados numa tabela para melhor compreensão e síntese (Tabela 1).

Tabela 1 – Identificação da amostra

Tipo de artigo	Referência	Resumo
Reflexão	AMPARO, Gonzalez (2008) – Are you listening to your patients. Endocrine Today. Vol. 6, p. 28-29	A autora centra-se na necessidade de os profissionais de saúde escutarem os seus utentes, quando estes falam sobre as suas vivências com a Diabetes. Esta afirma que a chave para uma relação efetiva entre utentes e profissionais de saúde é a escuta ativa.
	Base de dados: Academic Search Complete	Segundo a autora, de acordo com a sua experiência, a escuta ativa ajuda a ampliar o seu conhecimento e compreensão das necessidades dos utentes, o que vai resultar em maior adesão por parte dos mesmos ao tratamento.
	SHATTELE M.; MORGAN B. (2005) – Facilitating communication: how to truly understand what patients mean. Journal of Psychosocial Nursing e Mental Health Services. Vol. 43, p.29-32	De acordo com os autores, os utentes sentem maior satisfação com os cuidados de enfermagem quando são verdadeiramente compreendidos. Existem dois princípios básicos que facilitam a compreensão: disponibilização de tempo e a exploração do significado das palavras que nos são transmitidas.
	Base de dados: CINAHL plus with Full Text	Os enfermeiros podem usar várias técnicas para facilitar essa compreensão através da escuta ativa, como repetir aquilo que vai escutando e elaborar questões abertas.
	RICHARDS, Sara; SIMON, Gregory (2005) – Developing Consultation Skills. Practise Nurse. Vol. 29, p. 13-20	Os autores refletem sobre como os enfermeiros podem melhorar as suas competências comunicacionais nas consultas. Referem a importância de uma escuta ativa e a vantagem

Reflexão	Base de dados: Academic Search Complete	de estabelecer um relacionamento com o utente. Fornecem-nos exemplos de habilidades/competências de escuta ativa.
	DENNIS, Sharou (2004) - Talk less, Listen more. Nursing Standard. Vol. 19, p. 22-23 Base de dados: Academic Search Complete	O artigo foca a escuta ativa como a chave para um cuidado centrado no utente. A escuta ativa implica a análise do conteúdo que nos é dito, bem como a busca de significado, tendo em atenção ao tom e ritmo das palavras utilizado. Quem escuta ativamente repete as palavras utilizadas pela pessoa que está a falar, pede esclarecimento para garantir a compreensão efetiva da mensagem que está a ser transmitida. Falam menos e escutam mais.
	BOYED, Stephen (1998) – Listen up! Nursing. Vol.28, p.60 Base de dados: Academic Search Complete	O autor considera a escuta ativa como a ferramenta de comunicação mais poderosa. Centra-se na escuta ativa em relação à comunicação em Enfermagem, destacando quatro estratégias para melhorar as nossas competências comunicacionais através da escuta ativa: elaborar questões abertas; parafrasear; escutar primeiro e aconselhar posteriormente; comprometimento completo com o utente.
	RYAN, Regina Sara; TRAVIS, John (1993) – Becoming a better listener. Nursing. Vol.23, p.103-104 Base de dados: Academic Search Complete	Os autores discutem estratégias para que os enfermeiros se tornem “melhores ouvintes”. Identificam as características de um bom ouvinte, assim como as barreiras à comunicação. Incluem um teste de habilidades/competências de escuta ativa.
	KACPEREK, L (1997) – Non-verbal communication: The importance of listening. British Journal of Nursing. p.13-26 Base de dados: CINAHL Plus with Full Text	Reflexão pessoal do autor sobre como a sua prática de enfermagem foi reforçada em resultado de ter perdido a voz. Surpreendentemente, ser incapaz de falar melhorou a sua relação enfermeiro/utente. O uso hábil da comunicação não-verbal através do silêncio, a expressão facial, toque e maior proximidade física facilitaram a escuta ativa, ajudando a desenvolver a empatia, intuição e a presença enfermeiro-utente. Sugere que a comunicação eficaz depende da capacidade do enfermeiro para escutar e utilizar aspetos da comunicação não-verbal. Referindo que a reflexão sobre a experiência prática pode ser um importante método de descoberta e exploração do conhecimento tácito em Enfermagem.
	SOUZA, Rozemere Cardoso; PEREIRA, Maria Auxiliadora; KANTORSKY, Luciane (2003) – Escuta terapêutica: Instrumento essencial do cuidado em Enfermagem	A escuta ativa é um instrumento essencial porque é uma habilidade de auto e hetero-compreensão. As autoras objetivam aprofundar conhecimentos sobre a importância e a aplicabilidade da escuta na saúde mental. Fazem a distinção entre ouvir e escutar. Vêem a escuta como uma atitude ativa, dinâmica, que exprime esforço

	Base de dados: Scielo	para compreender a significação do que é dito. Os atributos e finalidades da escuta também são abordados, assim como as condições em que esta é promover e as consequências da não-escuta.
Investigação Método de PI[C]OD	BRYANTL (2009) – The art of active listening. Practise Nurse. p. 49-52 Base de dados: CINAHL Plus with Full Text	Estudo de caso sobre uma utente hipertensa em contexto de consulta de enfermagem. Através da escuta ativa, a Enfermeira conseguiu aferir os motivos para a descompensação da tensão arterial, conseguindo por meio da escuta ativa, que a utente tomasse consciência dos seus problemas e adquirisse estratégias de resolução dos mesmos. A tensão arterial ficou controlada, necessitando posteriormente de um reajuste terapêutico. Neste artigo pode-se, também, analisar dois cenários possíveis para uma consulta de enfermagem, de controlo de hipertensão arterial, em que o utente engordou mais 5 kg, desde a última consulta. Ao analisar-se os dois cenários possíveis, pode-se concluir que a utilização de uma comunicação eficaz por parte da enfermeira, no segundo cenário, em que promoveu a escuta ativa, o uso do silêncio e utilização frases empáticas e encorajadoras, tiveram um resultado favorável para o utente. Este compreendeu os seus erros alimentares e desenvolveu o seu próprio plano terapêutico. São fornecidas estratégias de como os enfermeiros podem melhorar a capacidade de escuta, utilizando técnicas específicas. A escuta ativa nas consultas é fundamental para o relacionamento com os utentes, ao estabelecer-se uma parceria entre enfermeiro e utente, obtêm-se melhores resultados.
	BUSH, K (2001) – Do you really listen to patients? RN. Vol.64, p. 35-37 Base de dados: CINAHL Plus with Full Text	Estudo de caso (qualitativo) sobre uma doente de 72 anos, internada numa UCI e ventilada, em que a escuta ativa foi identificada como uma intervenção de enfermagem fundamental para o relacionamento enfermeiro-doente. Esta intervenção contribuiu para o bem-estar, conforto e melhoria da situação clínica da doente. Segundo a autora a comunicação efetiva com os utentes começa com a escuta ativa. O enfermeiro deve buscar o significado por detrás das palavras do utente, assim como a sua linguagem não-verbal, de modo a compreender a sua maneira de pensar e ajustar em conformidade o seu estilo de comunicação.
	GILMARTIN, Jo; WRIGHT, Kerrie (2008) – Day sugery: Patients felt abandoned during the preoperative wait. Journal of clinical nursing, p. 2418-2413 Base de dados: Academic Search Complete	Participantes: 20 doentes adultos submetidos a cirurgia geral, urológica e ginecológica de um Hospital universitário do Norte de Inglaterra, em contexto de domicílio. Intervenções: Os dados foram colhidos por meio de entrevistas não estruturadas, com uma pergunta chave, incentivando o doente a falar sobre a sua experiência no dia da cirurgia. As entrevistas tiveram a duração de uma hora e decorreram no domicílio dos participantes. Estas

		foram áudio-gravadas e depois transcritas e analisadas. Resultados: Os doentes sentiram-se abandonados na fase pré-operatória e as Enfermeiras não reconheceram a importância do apoio psicológico. Para além dos fatores ambientais, é fundamental a utilização de competências de comunicação interpessoal, como a escuta ativa, que pressupõe uma exploração dos sentimentos, observação e interpretação da comunicação verbal e não-verbal dos doentes, como forma a reduzir a ansiedade e sentimentos de abandono no período pré-operatório. Desenho do estudo: Fenomenológico
--	--	---

Verificou-se na análise da amostra, que a escuta ativa, como processo ativo e voluntário possui

dois atributos: compreensão e ajuda, tal como expresso na figura 1.

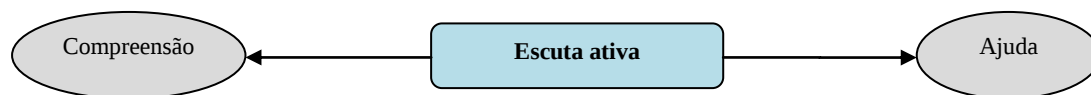


FIGURA 1 – Atributos da escuta ativa

As principais finalidades da escuta ativa nos cuidados de enfermagem, levantadas na análise dos artigos são: estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro-utente; promover a compreensão, conforto e segurança do utente; recolha de informação e planeamento dos

cuidados; gestão eficaz da doença: adesão terapêutica e auto-cuidado; redução de factores de risco e complicações e melhoria dos resultados em saúde (Figura 2).

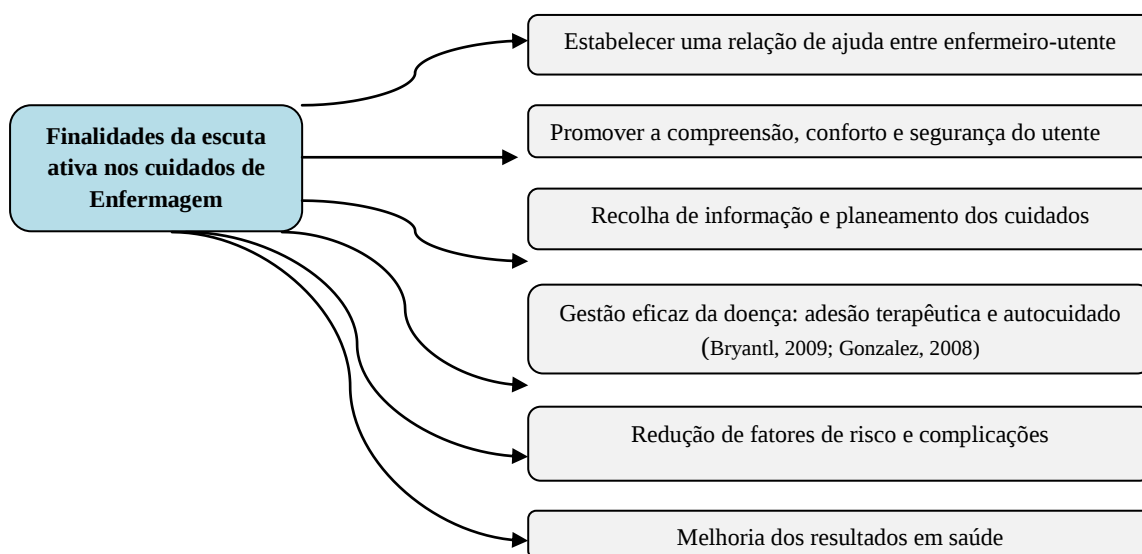


FIGURA 2 – Finalidades da escuta ativa nos cuidados de enfermagem

Existem técnicas centrais para uma escuta ativa que o Enfermeiro deverá integrar na sua prática, encontrando-se descritas nos artigos analisados: comprometimento completo com a pessoa; elaborar questões de resposta aberta; parafrasear pensamentos e sentimentos do orador; explorar significados/sentimentos; confirmar o que foi dito; expressar compreensão (Figura 3).

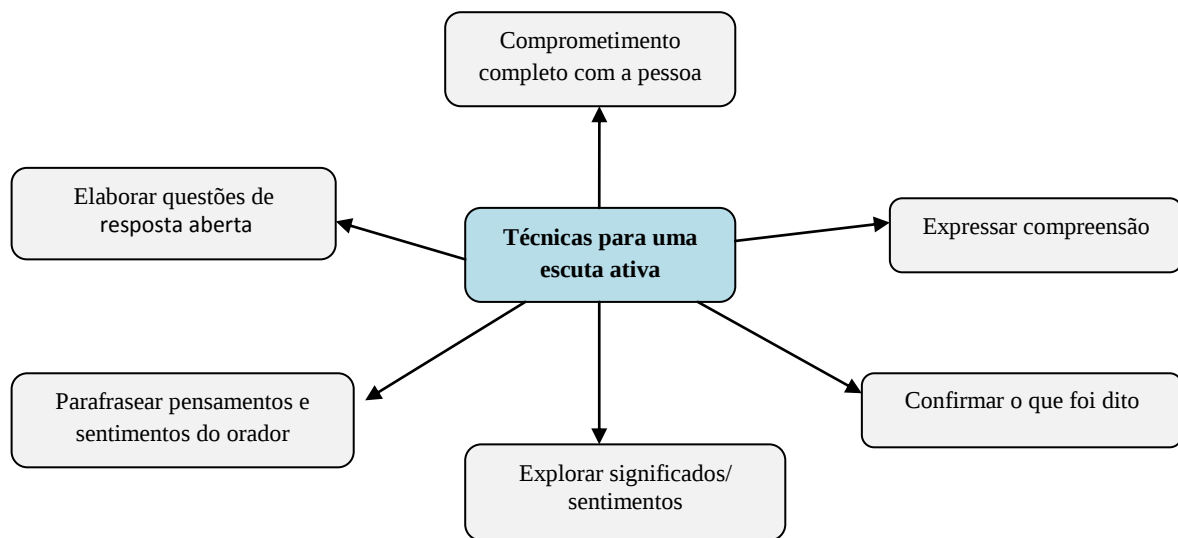


Figura 3 – Técnicas centrais para uma escuta ativa (Shattele e Morgan, 2005; Bush, 2011)

Discussão e Análise dos Resultados

A comunicação é um processo que se realiza nas interações humanas, na qual partilham-se ideias, podendo ser um recurso valioso na relação de ajuda.

Souza, Pereira e Kantorski (2003) definem escutar como uma atitude ativa, dinâmica, que exprime esforço para compreender o significado daquilo que nos é dito. Reconhecem-na como instrumento essencial nos cuidados de enfermagem por tratar-se de uma capacidade de auto e hetero-compreensão.

Fazem também a distinção entre escutar e ouvir. Escutar implica o comprometimento com o outro e a busca de significado por detrás da mensagem que nos é transmitida, enquanto ouvir é a constatação de algo através do sistema auditivo, ou seja, uma ação fisiológica.

“Ouvimos com os nossos ouvidos, mas escutamos também com os nossos olhos, coração, mente e vísceras” (Souza, Pereira e Kantorski, 2003).

De acordo com Kacperek (1997) a escuta ativa é uma competência e, como tal, é preciso tempo e esforço para aprender como fazê-la de forma eficaz. O facto de ter perdido a voz, tornou-o mais consciente da complexidade do processo de comunicação e de como as palavras podem bloquear uma boa intenção. Conclui que a escuta ativa é demonstrada principalmente através da comunicação não-verbal, pelo que é imperativo uma compreensão abrangente, educação e aquisição de competências de comunicação não-verbal.

Dennis (2004) no seu artigo de reflexão coloca a seguinte questão: “ *Quantos de nós, enfermeiros, utilizamos esta competência?*”. Refere ainda que se não utilizarmos corremos o risco de a perder.

Bush (2001) acredita que uma comunicação efetiva com os doentes começa com a escuta ativa. Mergulhar no significado por detrás das palavras dos doentes, prestar atenção aos seus sinais não verbais, permite compreender a sua forma de ser e estar e adequar a nossa forma de comunicar.

Nos artigos analisados, os autores definem dois atributos inerentes à escuta: a compreensão e a ajuda. Procura-se compreender a outra pessoa, tal como ela pensa, sente e vê o mundo. Muitas vezes, a pessoa necessita apenas de ser escutada e mesmo que a solução para os seus problemas pareça distante ou até impossível, o simples facto de falar sobre o assunto trás alívio imediato à própria.

Poucos profissionais de saúde têm a capacidade de escutar, sendo frequente, níveis de comunicação superficiais que não promovem ajuda, nem desenvolvimento pessoal. Nos serviços de saúde, a escuta muitas vezes esquecida, ocorrendo deste modo uma lacuna no cuidado que é prestado às pessoas que chegam aos serviços.

No estudo realizado por Gilmartin e Wright (2008) sobre os sentimentos do utente no dia da cirurgia, fase pré-operatória, concluíram que a maioria destes, referem se sentir abandonados e que as Enfermeiras não reconheceram a importância do apoio psicológico. Ressalam a importância da utilização de competências de comunicação interpessoal, como a escuta ativa, que pressupõe uma exploração dos sentimentos, observação e interpretação da comunicação verbal e não-verbal dos doentes, como forma a reduzir a ansiedade e sentimentos de abandono no período pré-operatório.

A escuta ativa, nos cuidados de enfermagem, apresenta, assim, um conjunto de finalidades que de acordo Souza, Pereira e Kantorski (2003) são: compreender o outro; obter informações necessárias, que complementem o exame físico e diagnóstico da doença e planear os cuidados de enfermagem.

Segundo Gonzalez (2008), a escuta ativa é a chave para a diminuição dos fatores de risco, impedindo complicações e melhora os resultados de saúde. Permite que o doente se sinta confortável, seguro e compreendido. Salienta que uma melhor compreensão dos doentes resulta em maior adesão terapêutica, aumentando o conhecimento dos doentes e a sua capacidade de auto-gestão da doença.

Kacperek (1997) refere que a escuta ativa permite a obtenção de informações relevantes, que podem ser utilizadas para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Um Enfermeiro que escuta ativamente o doente, colhe dados e informações relevantes, permitindo conhecer, por exemplo, doenças atuais e passadas, fatores de risco e juntos construir um plano de cuidados. A pessoa sente-se mais focada na sua saúde ao compreender determinados factos. (Bryantl, 2009).

Escutar é provavelmente o fator mais importante para uma comunicação efetiva. Para tal são necessárias determinadas condições que promovam a escuta ativa, assim como competências e técnicas que o Enfermeiro deverá integrar na sua prática de cuidados.

Souza, Pereira e Kantorski (2003) distinguem dois tipos de condições para uma escuta efetiva: condições relacionadas com o Enfermeiro e condições externas ao Enfermeiro. As condições relacionadas com o Enfermeiro são: estar livre de preocupações; ser sincero, autêntico e congruente; demonstrar interesse pelo outro; estar disposto e motivado para escutar; ser empático; apresentar boa capacidade auditiva; atender à diversidade cultural e fazer-se presente por meio do silêncio, uma vez que este encoraja a verbalização do outro e o estabelecimento de uma relação de confiança. No que concerne às condições externas ao Enfermeiro as autoras estabelecem: reservar tempo suficiente para a escuta; manter a privacidade sem interrupções; preparar o ambiente para a escuta que deve ser tranquilo, acolhedor, devendo-se evitar temperaturas muito altas ou baixas, estímulos visuais e ruídos.

Bryantl (2009) também focaliza a necessidade de o Enfermeiro demonstrar que está presente, ser interessado, disponibilizar tempo e demonstrar respeito, criando um ambiente adequado, privado, em que não haja interrupções. Segundo o autor há pessoas que podem ser naturalmente bons ouvintes, mas existem técnicas que ajudam a desenvolver e construir as nossas competências de escuta, nomeadamente: manter um bom contato visual, adequar a nossa postura corporal, demonstrar interesse, criar um sentimento de compreensão (acenar com a cabeça; usar frases empáticas como: “*Isso deve ter sido difícil*” ou “*Deve-se ter sentido irritado com essa situação*”; promover o silêncio; usar a reflexão e a síntese.); criar uma sensação de segurança através do incentivo e reforço positivo.

Kacperek (1997) acrescenta a necessidade de conjugar a expressão facial e o movimento corporal, como balançar a cabeça, inclinar-se ligeiramente para um lado, sorrir suavemente e manter o contato visual ajuda a incentivar os doentes a falar. Estar relaxado e manter uma postura aberta demonstra interesse e envolvimento. O Enfermeiro ao estar em sintonia com o seu comportamento não-verbal, mais facilmente identificará a linguagem não-verbal dos doentes.

Shattele e Morgan (2005), tal como Bush (2001) identificam as seguintes guidelines para uma escuta ativa eficaz: comprometer-se com o doente e explorar significados; confirmar o que foi ouvido para garantir compreensão e demonstrar escuta ativa: “*Deixe-me ver se compreendi corretamente*”; elaborar questões de resposta aberta que comecem com solicitações: “*Diga-me mais sobre isso*”.

Bush (2001) acrescenta que o Enfermeiro deverá adequar a sua linguagem ao doente em questão, uma vez que a terminologia científica pode ser confusa para determinadas pessoas.

Conclusão

A escuta é um pilar fundamental para a relação de ajuda e está situada no coração da prática do Enfermeiro.

Ryan e Travis (1993), assim como Bush (2001) identificam algumas barreiras à escuta ativa: avaliar e julgar; interromper o doente e demonstrar impaciência; tirar conclusões precipitadas e ouvir seletivamente, pois muitas vezes temos a tendência para ouvir o que esperamos ou queremos ouvir, bloqueando o resto. Acrescentam ainda o aconselhar como barreira à escuta ativa. A menos que o doente peça especificamente ajuda ou conselhos, deve-se apenas escutar e assumir uma presença efetiva. Salientam que uma forma de encorajar a pessoa a resolver os seus problemas é perguntar como é que aconselhariam um amigo com um problema semelhante.

De acordo com Souza, Pereira e Kantorski (2003) as consequências da não escuta podem resultar em interrupções da comunicação, distorções da mensagem recebida, que conduz ao distanciamento entre os elementos envolvidos no processo.

Para Richards e Simon (2005) a chave para uma comunicação eficaz é focalizarmo-nos nas necessidades do utente e desenvolvermos as nossas competências no sentido de responder a essas necessidades. Segundo os mesmos, tem sido demonstrado que os profissionais com boa capacidade de comunicação conseguem identificar os problemas dos utentes de forma mais precisa e que estes se sentem mais satisfeitos.

Bush (2001) conclui que deveríamos aproveitar todos os momentos ao longo do turno para comunicar com os nossos doentes e ouvir o que eles têm para nos dizer, considerar o que eles poderiam dizer, assim como a sua linguagem corporal. Ao aperfeiçoarmos as nossas competências de escuta ativa, estamos a transmitir preocupação e os doentes vão reconhecer e apreciar.

Trata-se de um ato exigente, que necessita de uma vigilância sensorial, intelectual e emotiva constantes, por parte do Enfermeiro.

Cuidar também é escutar atentamente, partilhar a confiança, estar presente, partilhar o silêncio, ser cúmplice, parar um instante, deixar-se interpelar, atender ao chamamento...

É fulcral que os Enfermeiros, da mesma forma que procuram conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também o façam para a comunicação enfermeiro/utente em todas as suas vertentes.

Ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar e sobretudo escutar com todo o nosso ser. Este é o nosso maior triunfo quando prestamos cuidados de enfermagem.

A produção científica acerca da escuta ativa nos cuidados de enfermagem não é tão profícua quanto seria desejável para a consolidação de conhecimentos.

As competências interpessoais são uma questão de difícil mensuração e não se encaixam facilmente em métodos de pesquisa redutores.

Sobre a comunicação não verbal, em particular, existe pouca literatura e pesquisa disponível, por se tratar de um aspeto difícil de definir e avaliar.

Apesar de esta revisão contribuir para a descrição do lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem, sabe-se que o resultado da mesma não esgota a pesquisa sobre a produção científica nesta temática, atendendo aos critérios de inclusão definidos.

Sugere-se, portanto, um maior investimento na investigação com o intuito de aclarar o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem.

A reflexão é um método valioso, capaz de produzir conhecimento e simultaneamente mais investigação. Ideias e aspetos descobertos pela reflexão poderão ser explorados através de métodos de pesquisa qualitativa com participantes/observadores, estudos de caso e histórias de vida. Por exemplo, fazer uma gravação das reflexões pessoais constitui um método valioso de descrever, analisar, avaliar e desenvolver a nossa compreensão do que podemos aprender com a experiência prática.

As possíveis repercussões das ações de enfermagem, na escuta ativa da pessoa deverão, também, ser passíveis de investigação.

Referências Bibliográficas

- AMPARO, Gonzalez (2008) – **Are you listening to your patients**. Endocrine Today. Vol. 6, p. 28-29;

- BERNARDO, Fr. (1999). **Acolher, escutar, entender e estimar a pessoa doente**. Revista Enfermagem Oncológica, 2, 26-27;

- BOYED, Stephen (1998) – **Listen up!** Nursing. Vol.28, p.60;

- BRYANTL (2009) – **The art of active listening**. Practise Nurse. p. 49-52;

- BUSH, K (2001) – **Do you really listen to patients?** RN. Vol.64, p. 35-37;

- CASTRO, Cidália; CATITA, Célia; CORDEIRO, Teresa (2002) – **Saber escutar para saber cuidar**. Nursing nº162, 3, 20-23;

- CUNHA, Luísa (1999). **A eficiência da comunicação não verbal na interação social**. Informar nº17, 4, 36-40;

- DENNIS, Sharou (2004) - **Talk less, Listen more**. Nursing Standard. Vol. 19, p. 22-23;

- DIAS, António [et al] (1995). **Saber escutar para uma relação de ajuda em U.C.I.** Lisboa: Servir nº43, 6, 89-95;

- KACPEREK, L (1997) – **Non-verbal communication: The importance of listening**. British Journal of Nursing. p.13-26;

- LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda: abordagem e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994, p.13 a 36;

- RICHARDS, Sara; SIMON, Gregory (2005) – **Developing Consultation Skills**. Practise Nurse. Vol. 29, p. 13-20;

- RYAN, Regina Sara; TRAVIS, John (1993) - **Becoming a better listener**. Nursing, Vol.23, p.103-104;

- SHATTELE M.; MORGAN B. (2005) – **Facilitating communication: how to truly understand what patients mean**. Journal of Psychosocial Nursing e Mental Health Services. Vol. 43, p.29-32

A autora agradece, reconhecidamente, o contributo da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, Professora no ICS- UCP, assim como à Enfermeira Sílvia de Castro, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ANEXO XIV

Plano da Ação de Sensibilização:

“ A importância da Investigação em Enfermagem”

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

TEMA: A importância da investigação em Enfermagem	
Local: SO	Data: 13 de Maio de 2014
Duração: 10 minutos	Formadores: Enf. ^a Patrícia Martins e Enf. ^a Sílvia de Castro
Destinatários: Enfermeiros do AMP	

Objectivo Geral:

- Sensibilizar os Enfermeiros do AMP para a importância da Investigação no desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina e profissão.

Objectivos Específicos:

- Explicar sucintamente o processo inerente à construção de uma Revisão Sistemática da Literatura;
- Apresentar os resultados da minha Revisão Sistemática da Literatura sobre: “ O lugar da Escuta Ativa nos cuidados de enfermagem”.

Indicadores de resultados:

- Feedback fornecido pela equipa de enfermagem.

GUIÃO DA SESSÃO FORMATIVA

TEMA: A importância da investigação em Enfermagem

Momento	Conteúdo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	• Apresentação dos formadores; • Comunicação do tema / objetivos; • Introdução ao tema.	Expositivo	PC
Desenvolvimento	• Processo de investigação; • A importância da investigação em Enfermagem; • Pesquisa Bibliográfica; • Os 3 tipos de Revisão da literatura; • Definição de Revisão Sistemática da Literatura; • Procedimento sugerido para a realização de uma RS; • Estratégias para a elaboração dos termos de busca; • Principais bases de dados; • Como analisar um artigo científico? • Estrutura de uma RS; • Principais resultados da RS sobre “ O lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem”,	Expositivo / Activo	PC
Conclusão	• Conclusão do tema; • Esclarecimento de dúvida	Expositivo / Activo	PC

ANEXO XV

Dispositivos da Ação de Sensibilização:
“ A importância da Investigação em Enfermagem”





HOSPITAL DA LUZ
ESPÍRITO SANTO SAÚDE

**ATENDIMENTO MÉDICO
PERMANENTE**

**AÇÃO DE
SENSIBILIZAÇÃO**







UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO
EM ENFERMAGEM**

Elaborada por: Enf.ª Patrícia Martins
Sob orientação da Enf.ª Sílvia de Castro –
 Especialista em Enfermagem Materna e
 Obstetrícia
Docente: Professora Doutora Patrícia
 Pontífice de Sousa






OBJETIVOS DA SESSÃO:



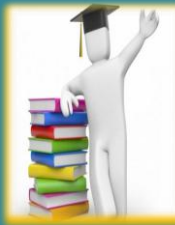
- Sensibilizar os Enfermeiros do AMP para a importância da Investigação no desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina e profissão;
- Explicar sucintamente o processo inerente à construção de uma Revisão Sistemática da Literatura;
- Apresentar os resultados da minha Revisão Sistemática da Literatura sobre: “ O lugar da Escuta Ativa nos cuidados de enfermagem”.



INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM



- A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação,
- A Investigação em Enfermagem é exercida em todas as áreas de atividade de Enfermagem: prestação de cuidados, gestão, formação e educação, política e regulação;
- A Investigação é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades.



Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, divulgada em 26 de Abril de 2006



Vantagens:



- Melhora o cuidar de enfermagem;

- Contribui para a modernização dos cuidados de enfermagem ;

- Delimita a área do conhecimento específica do enfermeiro - define enfermagem, constrói o conceito de ciência de enfermagem e demarca a nossa área de atuação específica. Transforma a enfermagem em disciplina científica.



Vantagens (cont.):



- Amplia os campos de conhecimento por meio da internacionalização da linguagem. Ex. CIPE e outras classificações.

Consolida o reconhecimento da profissão pela comunidade - respeito, confiança e valorização. Estimula políticas públicas de fomento e proteção.



PESQUISA BIBLIOGRÁFICA



- Possibilita identificar o que se sabe sobre um determinado assunto em todo o mundo e colocar as seguintes questões:

- O que se sabe sobre o assunto?

- O que existe de mais recente?

- Quais as últimas pesquisas publicadas?



REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – O que é?

- Um corpo de conhecimentos já produzido (focagem);
- Um conjunto de processos, ou fases sequenciais: coligar, analisar, avaliar criticamente, interpretar, sistematizar, apresentar (metodologia);
- Uma oportunidade para conhecer e informar sobre o estado do conhecimento num determinado campo (finalidade);
- Um texto coerente, claro, bem documentado, pessoalmente assumido (apresentação).

(Cardoso, Alarcão e Celorico, 2010)



Fases da RS

- Fase 1 – Escolha de um tema de interesse;
- Fase 2 – Definição da pergunta de acordo com o método PI[C]OD (Participantes; Intervenções; Comparações; Outcomes; Desenho do estudo);
- Fase 3 – Procura dos estudos de investigação;
- Fase 4 – Seleção dos estudos;
- Fase 5 – Avaliação crítica dos estudos;
- Fase 6 – Recolha dos dados;
- Fase 7 – Síntese dos dados.





PROCEDIMENTO SUGERIDO



• Definir os objectivos com precisão;

• Definir descritores - os descritores são as palavras que melhor descrevem o artigo. Devem ser no máximo 5 ou 6 palavras; devem ser palavras abrangentes de modo a que todos os investigadores que precisarem ou quiserem consigam encontrar o artigo;



PROCEDIMENTO SUGERIDO (Cont.)



• Definir limites (época, línguas, população, género, revistas e outros) – para refinar a busca e obter uma melhor qualidade dos resultados.

• Anotar com precisão todos os dados importantes (elaboração de um instrumento apropriado).



Exemplo de instrumento para registar resultados da Pesquisa Bibliográfica

Data	Referência	Descritores	Resultados	Observações



Estratégias para a elaboração dos termos de busca:

Operadores booleanos

And – Recupera os registos com todos os termos, restringe a busca.

Or – Recupera os registos que tenham pelo menos um termo. Amplia a busca.

Not – Elimina termo, restringe conceitos e a busca.



PRINCIPAIS BASES DE DADOS

- b-on - Biblioteca do Conhecimento Online (www.b-on.pt)
- BLACKWELL Synergy - Revistas On-line
- EBSCO (www.ebscohost.com)
- CINAHL - the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (www.cinahl.com)
- Proquest Direct (www.proquest.com)
- Psycinfo (www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index)
- MEDLINE (www.pubmed.gov) - a base de dados de saúde mais importante
- ERIC (www.eric.ed.gov) – educação no geral
- CUIDEN (www.index-f.com)
- LILACS (www.bireme.ops.oms.org)
- RCAAP -Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (www.rcaap.pt)
- Scielo (on line) – via www.bireme.br



Como analisar um artigo científico?



- Leitura inicial do resumo;
- Leituras atentas para fazer a síntese das ideias (verificar se a metodologia está de acordo com a conclusão);
- Anotação das informações ;
- Verificar em que parte do relatório a inserção da informação será útil;
- Principais resultados e reflexões do pesquisador (considerações pessoais e limitações);
- Guardar o documento para uso futuro.



Estrutura de uma RS

- **Título** – deve refletir claramente o conteúdo do artigo de investigação;
- **Resumo** - Até 200 palavras. O resumo indica o objetivo do estudo, a metodologia, questão de investigação, resultados, conclusões e palavras-chave;
- **Introdução** – Apresenta o problema de investigação;
- **Metodologia** – Descrição dos métodos utilizados para realizar a investigação;
- **Discussão e análise dos resultados**;
- **Conclusão**;
- **Referências Bibliográficas**.

O LUGAR DA ESCUTA ATIVA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



ESCUTA ATIVA

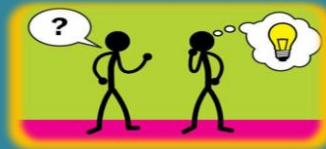


- De acordo com Lazure (1994): “Escutar, é constatar e também deixar-se impregnar pelo conjunto das suas perceções, tanto exteriores como interiores.”
- Escutar, é uma arte situada no coração da prática do Enfermeiro e, por isso, cada um de nós deverá desenvolver.
- Trata-se de um processo ativo e voluntário, que envolve todo o corpo, no sentido de compreender verdadeiramente os sons e o silêncio.



Questão de investigação

Qual o lugar da escuta ativa nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença ?



PRINCIPAIS FINALIDADES DA ESCUTA ATIVA:

- Estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro-utente;
- Promover a compreensão, conforto e segurança do utente;
- Recolha de informação e planeamento dos cuidados;
- Gestão eficaz da doença: adesão terapêutica e auto-cuidado;
- Educação de factores de risco e complicações ;
- Melhoria dos resultados de saúde.



CONCLUSÕES



A escuta é um pilar fundamental para a relação de ajuda e está situada no coração da prática do Enfermeiro.



• Ao contrário do que pode parecer, o ato voluntário de escutar não é fácil e não se trata de um dom natural. Trata-se de um ato exigente, que necessita do envolvimento integral do Enfermeiro, assim como de capacidades/competências de escuta.



É fulcral que os Enfermeiros, da mesma forma que procuram conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também o façam para a comunicação enfermeiro/utente em todas as suas vertentes.

Quantos de nós, na prática diária de cuidados, não pergunta a um utente ou familiar como é que se sente e escuta um simples “bem”, quando o seu tom de voz e linguagem corporal dizem precisamente o contrário?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



• Apontamentos retirados das aulas de Métodos de Investigação na UCP, Ano Letivo: 2012/2013;

• Fortin, Marie-Fabienne) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009 , p . 4-568;

• Ordem dos Enfermeiros - Investigação em Enfermagem: Tomada de posição [consultado 11 de Maio 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf