

Instituto Politécnico de Santarém

**Escola Superior de Saúde de
Santarém**



Relação Terapêutica: Enfermeiro e Pessoa em fase final de vida

Relatório de Estágio

**Maria Teresa Santos Ramalho
Nogueira Antunes**

Orientadora Prof. Adjunta Pires Rosa

Co-Orientador Prof. Dr. José Amendoeira

2012

Pensamento

“Quem sofre sozinho, sofre muito mais em sua mente. Deixa para trás a liberdade e a alegria.

Mas a mente com muito sofrimento pode superar-se, quando a dor tem amigos e suportam a sua companhia, quão leve e suportável a minha dor parece agora.”

William Shakespeare

Aos meus Pais

Ao meu Marido

Ao meu Filho

Aos Meus Colegas

À Orientadora Prof. Adjunta Pires Rosa

Ao Co-orientador Prof. Dr. José Amendoeira

Um Agradecimento Especial pela Vossa Compreensão e Amizade

RESUMO

Em enfermagem, cuidar pressupõe uma relação, que é em si terapêutica. Ao cuidar da pessoa em fase final de vida, estabelecer uma relação terapêutica torna-se premente, na medida em que as questões que rodeiam esta fase são de grande sofrimento para a pessoa, havendo necessidade de usar estratégias para facilitar a expressão de sentimentos e necessidades da mesma. Deste modo, a empatia na relação terapêutica pode ser vista como uma estratégia essencial. O enfermeiro ao colocar-se no lugar do outro, estando consciente de si próprio, poderá perceber e compreender mais facilmente as necessidades da pessoa.

Objectivo: Analisar se a relação terapêutica com a pessoa em fase final de vida promove a empatia, e o modo como o enfermeiro a revela na relação, com recurso à revisão sistemática da literatura.

Metodologia: Foi efectuada uma pesquisa na base de dados científica EBSCO (CINAHL Plus with Full Text e Medline with Full Text), de artigos científicos publicados em texto integral, entre 2000 e 2011, foram revistos 11 artigos em texto integral e destes foram seleccionados 5 tendo em conta a sua pertinência para o estudo.

Após a revisão da literatura e sustentado pela evidência na prática em contexto de ensino clínico, foi constatado que na relação terapêutica, o enfermeiro necessita de desenvolver habilidades pessoais e de comunicação verbal e não-verbal para expressar empatia, de forma a demonstrar apoio perante a reacção emocional da pessoa, que exige a atenção do enfermeiro para a reconhecer. O reconhecimento da emoção e adequada intervenção permite que a pessoa encontre sentido para a vida, e que o enfermeiro desenvolva as suas competências relacionais e cognitivas.

Palavras-chave: Enfermagem, Empatia, Cuidados em fim de vida, Cuidados Paliativos

ABSTRACT

In nursery it requires a relationship, which is itself therapeutic. By taking care of the person in final stage of life, establishing a therapeutic relationship is urgent, as the issues during this phase are of great suffering, becoming necessary to use strategies to facilitate the person's expression of feelings and needs.

Thus, empathy in therapeutic relationship can be seen as an essential strategy. The nurse, by putting himself in the other's place, conscious of oneself, can more easily recognize and understand one's needs, by being available and also by the person who feels confident.

Objective: To evaluate if therapeutic relationship with the person in final stage of life promotes empathy, and the way the nurse reveals it in the relationship, using systematic literature review.

Methodology: A research was developed in a scientific database EBSCO (CINAHL Plus with Full Text and Medline with Full Text) of scientific articles published in full text from 2000 to 2011; Eleven full-text articles were reviewed and five of them selected based on their relevance to the study.

After reviewing literature and supported by practical evidence in a clinical teaching context, it was verified that in therapeutic relationship, the nurse needs to develop personal, verbal and non-verbal communication skills to express empathy, in order to give support towards the person's emotional reaction, which requires the nurse's attention to recognize it. Emotion's recognition and an appropriate intervention allow the person to find meaning in life and enable the nurse to develop cognitive and relational skills.

Key-words: nursing, empathy, terminal care, palliative care

CHAVE DE SIGLAS

CINAHL – Cumulative index to nursing and allied health literature

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

DL – Decreto Lei

EBSCO – Elton B. Stephens and Company

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI[C]O – População, Intervenções, Comparações e Outcomes

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UMCCI – Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
FIGURA N.º 1 – Evolução da Relação	33
FIGURA N.º 2 – Relação Terapêutica	34

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 – CUIDADOS PALIATIVOS: CONTEXTOS E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS	11
2 – CUIDAR A PESSOA EM FASE FINAL DE VIDA	19
2.1 – NECESSIDADES DE SUPORTE EMOCIONAL	23
2.2 – RELAÇÃO TERAPÊUTICA	27
2.3 – EMPATIA	28
2.4 – CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON	30
3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM A PESSOA EM FASE FINAL DE VIDA	32
4 – DISCUSSÃO	33
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS:	
Anexo I - Projecto de estágio	54
Anexo II - Análise de artigo apresentado em ensino clínico	69
Anexo III - Apresentação de sessão de ensino sobre Cuidados à Boca	78
Anexo IV - Formulação da pergunta PI[C]O	84
Anexo V - Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com conjugação dos descritores	86
Anexo VI - Critérios de inclusão e exclusão na selecção de artigos	88
Anexo VII - Características dos estudos incluídos no estudo da temática	90
Anexo VIII - Promoção da Empatia na Relação Terapêutica	96

INTRODUÇÃO

Com a evolução científica e tecnológica tornou-se mais fácil diagnosticar e tratar doenças, situações complexas passaram a tornar-se mais simples. Esta situação originou um aumento da esperança de vida, com o aumento de doenças crónicas e uma mudança na aceitação da doença.

A prestação de cuidados, seja numa instituição ou no domicílio, é da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte os enfermeiros, que têm a responsabilidade de prestar cuidados ao indivíduo, família e à comunidade ao nível da promoção e recuperação da saúde, prevenção da doença e alívio do sofrimento.

No cuidado à pessoa em fase final de vida, perspectivam-se cuidados de manutenção da vida, que para COLLIÈRE (2003) englobam as capacidades da pessoa, as actividades de vida diária e a estimulação para a razão de viver, mobilizando uma rede relacional e motivando as trocas com o mundo exterior, a relação com as pessoas, os objectos familiares, entre outros, tendo em conta os seus costumes e crenças.

Na forma de abordar os problemas COLLIÈRE (2003) sublinha que a participação da pessoa e família deve ser valorizada, tendo em conta o que as pessoas pensam acerca desses problemas e apoiá-los nos seus próprios saberes e meios, para serem capazes de minorar os efeitos da situação.

No cuidar transpessoal de WATSON (2002) os participantes são o enfermeiro e o utente. Para cuidar é necessário conhecer o comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais e potenciais; conhecer e compreender as necessidades da pessoa, a fim de poder dar respostas adequadas; conhecer as nossas potencialidades e limitações; conhecer a força e limitações da pessoa, e o significado da experiência vivenciada; e saber confortar, e oferecer compaixão.

Cuidar da pessoa em fase final de vida é exigente pelas necessidades a nível físico, emocional e psicológico.

Deste modo é importante que o enfermeiro adquira competências, para motivar a pessoa a viver o pouco tempo que lhe resta de forma digna, estabelecendo uma relação terapêutica, por meio da empatia.

Este estudo tem como objectivos:

- Reflectir sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico em cuidados paliativos.
- Conhecer habilidades que permitam ao enfermeiro expressar empatia, ao promover uma relação terapêutica com a pessoa em fase final de vida, através da revisão sistemática da literatura.

Este estudo tem como pretensão estudar a pessoa em fase final de vida, considerando a pessoa adulta, e excluindo a criança.

Neste estudo é feita uma descrição analítica acerca do ensino clínico em cuidados paliativos, de onde emergiu o tema proposto, seguindo-se a definição de *conceitos pertinentes para a temática em estudo: cuidar em fase final de vida*, necessidade de suporte emocional, relação terapêutica, empatia, e cuidado transpessoal de Jean Watson. Posteriormente, recorrendo à revisão sistemática da literatura, pela metodologia PI[C]O, foi realizada uma pesquisa em base de dados científica, de onde resultaram artigos científicos, que depois de analisados, constituíram mote para a discussão, onde se reflectiu e produziu conhecimento sobre a temática, com recurso à prática baseada na evidência. De seguida, nas considerações finais, foi pertinente referir algumas sugestões. Por fim as referências bibliográficas e anexos que incluem documentos relacionados com o ensino clínico e revisão sistemática da literatura, deste relatório.

1. CUIDADOS PALIATIVOS: CONTEXTOS E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS

Cuidar a pessoa em fase final de vida, sempre foi algo inquietante para mim, por não saber como actuar em certas situações envolvidas num turbilhão de sentimentos, nomeadamente em corresponder da melhor forma às solicitações da pessoa e família, na medida em que sentia que poderia não estar a fornecer a ajuda de que realmente necessitavam. Em contexto hospitalar, constatava o sofrimento da pessoa em fase final de vida, que poderia ter sido evitado, que acabava por atingir a família e os próprios profissionais. Foi esta inquietação que me fez ingressar neste mestrado, onde seria possível adquirir competências para dar melhor qualidade de vida ao doente paliativo e família, e ajudar a mudar mentalidades.

Em ensino clínico foi possível conhecer o trabalho em três unidades de tipologias diferentes da RNCCI. De acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº101/2006 de 06 de Junho, a RNCCI procura dar resposta às carências de cuidados, nomeadamente, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, doentes com patologia crónica múltipla, aumento de pessoas idosas com dependência funcional e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. A rede baseia-se em princípios, de prestação individualizada e humanizada de cuidados com a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.

Ao nível dos cuidados paliativos, este mesmo decreto refere que as respostas nesta área inserem-se em três tipologias: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Unidades de Cuidados Paliativos.

Em ensino clínico foi possível passar pelas três tipologias, o que foi uma mais-valia porque, em domicílio foi possível trazer referências para o meu contexto profissional actual, uma ECCI, e o facto de estar em unidade de internamento

proporcionou que pudesse transmitir as especificidades destas unidades aos doentes que referencio para as mesmas.

No ensino clínico sempre esteve presente os princípios dos cuidados paliativos: afirma a vida e encara a morte como um processo natural; encara a doença como causa de sofrimento a minorar; considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim; reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades; considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas; considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal; assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte; aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico; centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim; só é prestada quando o doente e a família a aceitam; respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida; é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade. (PNCP, 2010)

Foram também respeitados os direitos do doente e da sua família: receber cuidados; autonomia, identidade e dignidade; apoio personalizado; alívio do sofrimento; ser informado de forma adequada; ser ouvido; participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados; recusar tratamentos; e serem identificadas as suas necessidades e preferências. (PNCP, 2010)

De seguida são expostos exemplos de intervenções efectuadas em ensino clínico que levaram á concretização do delineado no projecto de estágio (Anexo I).

Conhecer a estrutura orgânica e o funcionamento dos vários contextos de estágio, evidenciando competências na área da gestão

Foram prestados cuidados individualizados procurando dar a resposta mais adequada para a pessoa, articulando de forma a encontrar os recursos necessários.

Os registos de enfermagem embora não sejam informatizados a informação vai para o processo da pessoa e todos têm acesso a ela, os registos na plataforma da RNCCI são realizados conforme o estipulado em cada local.

A RNCCI (Ordem dos Enfermeiros, 2009) preconiza que o enfermeiro, contribua para a existência de registos de enfermagem que traduzam as práticas e os ganhos em saúde, pela utilização da CIPE, de forma a uniformizar os registos de enfermagem para posterior monitorização. Mediante o exposto os locais de estágio não realizam registo em linguagem CIPE, dificultando a monitorização de resultados afectos aos cuidados de enfermagem.

Em todos os locais foi possível ter acesso aos diversos protocolos, aplicá-los na prática, assim como diversos instrumentos de avaliação em cuidados paliativos.

Segundo NETO (2010), a utilização de instrumentos de avaliação permite sistematizar, o seguimento, traçar objectivos e validar os resultados das intervenções, de forma a reavaliar as mesmas.

Aplicar competências humanas no acompanhamento do doente paliativo e familiar/cuidador

Adquirir competências básicas para comunicar em cuidados paliativos

Desenvolver processos de cuidados ao doente e familiar/cuidador

Compreender o papel dos diferentes profissionais na conferência familiar/reunião de grupo

O Sr. Manuel (nome fictício) deu entrada no serviço, vinha apenas acompanhado pelos tripulantes da ambulância. Após o acolhimento no serviço, foi feita colheita de dados e registo em impresso próprio. Senti que ele estava triste. Sentei-me ao lado da cama debruçada sobre ela, mostrando disponibilidade. Foi uma experiência única, senti que tinha implementado algumas habilidades de comunicação que proporcionaram, a partir de um encontro que tinha acontecido naquele momento, estabelecer uma relação de confiança. Foi permitida uma expressão de sentimentos tão intensa, com uma partilha de assuntos muito pessoais carregados de sofrimento e revolta. O que o preocupava não era a doença mas sim a família, o que ele tinha sido e o que agora não lhe davam, por outro lado não o compreendiam na sua situação de doença. Respeitei as suas crenças e valores, tentei perceber como podia ajudá-lo. Na reunião multidisciplinar foi discutido o caso e foi feita tentativa de falar com os familiares, tendo sido possível pela comunicação chegar ao entendimento, e termos a família como aliados no cuidar.

Prestar cuidados individualizados e humanizados, é ter atenção à pessoa no seu todo, inserida numa família e numa comunidade. Estes assentam em diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e avaliação de resultados. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

Na conferência familiar foi possível apreender algumas habilidades na comunicação de prognóstico e na transmissão de más notícias. Entrevi na conferência só quando achava pertinente quando se tratava de explicar como o doente tem passado e o que ele expressa.

A D. Maria (nome fictício) apresentava alterações na memória a curto prazo, por glioblastoma. O que a preocupava era o seu esquecimento, então em conjunto com a doente fizemos um bloco de notas personalizado com uma caneta, para que quando achasse pertinente poder escrever. Foi necessário reforçar diariamente, e mostrar à família, para que se tornasse um hábito. Contribui para aumentar o bem-estar da pessoa.

A equipa, numa abordagem transdisciplinar, inclui os profissionais de saúde, a pessoa e família, que tem como objectivo o bem-estar da pessoa e família. (BERNARDO et al, 2010)

Para BARBOSA et al (2010) cada pessoa em cuidados paliativos é única e diferente, com o seu contexto cultural, social, e espiritual, assim não é possível ter um modelo de comunicação pré-estabelecido. A comunicação em fim de vida torna-se uma tarefa exigente, considerando-se essencial a palavra e a escuta.

Compreender a intervenção da equipa na fase de Agonia

Esta fase é sempre preparada atempadamente, em conferência familiar. Em contexto de internamento, numa experiência em que a pessoa estava em agonia, foi feito telefonema para comunicar aos familiares. Estive sempre junto à família e pessoa em agonia, era mesmo um pedido dos familiares, estes foram incentivados a comunicar com a pessoa. No momento da morte os familiares apoiam-se mutuamente e agradecem os nossos cuidados, nesta intervenção respeitei o tempo da família e as suas expressões.

Em contexto domiciliário para além de se preparar a família para o luto, é necessário treinar a família, na colaboração que tem de dar, e a equipa tem de antecipar situações e dar recursos à família, para que possam aliviar o sofrimento da pessoa. Desta

forma é possível fazer uma visita domiciliária, de cerca de uma hora diariamente com uma equipa multidisciplinar, para proporcionar o apoio à família e o conforto da pessoa.

Esta fase é caracterizada por forte componente emocional em que foi possível confortar a família por técnicas de comunicação, facilitando a expressão de sentimentos por meio da empatia.

Na agonia são vários os sintomas intensos e multifactoriais que sofrem alterações e provocam impacto em termos emocionais, passando os cuidados a ter o objectivo de proporcionar a maior qualidade de vida possível da pessoa e família. (PEREIRA E LOPES, 2005)

Aprofundar competências técnicas

A administração de medicação via subcutânea, permitiu em contexto profissional, realizar esta técnica de forma autónoma e em segurança, e após prescrição médica, dar conforto quase que imediato à pessoa, e fazer ensino à família para ser possível cuidar da pessoa no domicílio até ao fim. Ainda há um longo caminho a percorrer na aceitação destes cuidados por parte dos profissionais de saúde. Muitas das pessoas em cuidados paliativos querem morrer em casa, e muitas vezes para que isso seja possível temos de dar muito de nós e ultrapassar barreiras.

O tratamento de feridas crónicas é realizado com o objectivo de dar o máximo conforto possível. Em ensino clínico foi possível delinear intervenções num caso de neoplasia da vulva, com lesão externa: penso diário; algaliação permanente, com informação à pessoa e família; ensino sobre cuidados de higiene à prestadora informal de cuidados; ensino sobre a troca de saco colector; ensino e incentivo à alternância de posicionamentos, e de como evitar a humidade excessiva.

Abordar os cuidados implica “Envolvimento do doente, familiares/cuidadores informais na elaboração do seu plano de intervenção no respeito pelas suas capacidades, necessidades e preferências; respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos utentes.” (UMCCI, 2007)

Conhecer o contributo da Equipa para a investigação em Enfermagem.;

As equipas por onde passei são activas na produção de investigação e aprofundamento de conhecimentos na área dos cuidados paliativos.

No ensino clínico na unidade de assistência domiciliária, foi possível apresentar um artigo, após pesquisa em base de dados científica. (Anexo II)

No ensino clínico em unidade de internamento, após levantamento das necessidades, nomeadamente para melhorar a atenção dos profissionais para esse cuidado imprescindível e promover o conforto do doente, foi realizada uma sessão de ensino sobre os cuidados à boca. Depois desta sessão foi possível verificar que foi passado a dar mais importância a uma situação específica de necessidade de cuidados à boca. (Anexo III).

Nesta unidade também foi dada a possibilidade de frequentar o curso básico em cuidados paliativos.

Estes conhecimentos produzidos em ensino clínico foram partilhados em contexto profissional, de forma a aumentar o conhecimento dos profissionais e contribuir para a melhoria dos cuidados. Foi reforçada a importância da prestação de acções paliativas no domicílio e na optimização das mesmas, nomeadamente nos cuidados à boca.

NETO (2010), refere que cuidados paliativos são cuidados de saúde, activos tendo como base conhecimentos científicos, bastante rigorosos e humanizados, com forte envolvimento dos profissionais.

Desenvolver competências no controlo dos principais sintomas do doente paliativo

A aplicação de escalas é fundamental pois é uma forma simples de ter uma noção geral da pessoa, e progressão. A mais utilizada é a escala de sintomas de Edmonton. Foi uma mais-valia na prática profissional, porque mesmo de forma mental consigo questionar relativamente aos vários sintomas e perceber quais as necessidades da pessoa, no entanto, não se fica com a visão de progressão. A implementação de várias ferramentas essenciais para a qualidade da prestação de cuidados em contexto profissional será futuramente, um objectivo a cumprir. Também na plataforma da RNCCI existe uma avaliação de cuidados paliativos, de sintomas que possam estar presentes ou não, que foi possível preencher na unidade de internamento.

Em contexto profissional o conhecimento sobre o controlo de sintomas permitiu dar uma melhor resposta às necessidades da pessoa e encaminhar de forma mais eficaz, permitindo o alívio do sofrimento e controlo de sintomas de forma atempada.

O controlo de sintomas engloba o reconhecimento, avaliação e tratamento, dos múltiplos sintomas que têm repercussões no bem-estar da pessoa. (NETO, 2010)

Conhecer as estratégias de prevenção de burnout usadas nos diferentes contextos

O facto de se comunicar eficazmente, informar e prever o que pode acontecer, dando uma resposta e encaminhando, permite que a pessoa e família se sinta apoiada facilitando a sua adaptação à situação, prevenindo comportamentos desajustados. Se a pessoa está bem, sentimos que cuidamos de forma adequada, e por isso sentimos motivação. Cuidar em situações paliativas envolve muitas emoções, é necessário que o enfermeiro perceba os seus sentimentos para se sentir mais confortável no cuidar.

Os estudos realizados nesta área demonstraram que os profissionais se sentem motivados, e por isso o burnout, não é mais elevado nesta área de prestação de cuidados de saúde, comparativamente com outras. (NETO et al, 2004)

Esta área de mestrado não é considerada como especialidade, no entanto as experiências acima referidas, denotam as competências comuns dos enfermeiros especialistas que foram adquiridas. No entanto, é de referir que a 16/07/2011, a Ordem dos Enfermeiros, na Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovou por maioria o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Os conhecimentos adquiridos têm sido uma mais-valia para o crescimento da equipa, em contexto profissional, na área dos cuidados paliativos, em que o conhecimento especializado nesta área permite a tomada de decisão e a possibilidade de facultar ferramentas e formação necessária para que em equipa possamos responder às necessidades das pessoas que cuidamos.

Ao cuidar, estabelecemos relações, que para serem terapêuticas têm de ter vários componentes, entre eles e de máxima importância, a empatia, porque é através dela que podemos compreender melhor o outro e responder às suas necessidades, aumentando a sua adaptação à situação de vida.

De entre as temáticas inerentes aos cuidados paliativos, foi inicialmente seleccionada, o **contributo do enfermeiro no acompanhamento do prestador informal de cuidados da pessoa em agonia**, devido a uma experiência em ensino clínico à qual estava associada uma intensa carga emocional. No entanto, a pesquisa desta temática, direccionou-se para a empatia. No tema da empatia vivenciei uma experiência enriquecedora, que me fez alterar a minha pesquisa. Assim foi seleccionada a temática da relação terapêutica como promotora da empatia, na pessoa em fase final de vida.

2 - CUIDAR EM FASE FINAL DE VIDA

COLLIÉRE (1999) define cuidar como “um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa, que temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. Na mesma linha orientadora, BOFF (1999) refere que cuidar implica para com o outro uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e de envolvimento afectivo, onde o cuidado só existe quando o outro é importante para nós.

WALDOW (2004) cita ROACH (1993), que considera o cuidar e o desenvolvimento desta capacidade, como fulcrais para o desenvolvimento do SER, numa sociedade cada vez mais desumanizada. Ela considera que o ser humano manifesta vários comportamentos quando cuida, designando como “os atributos do cuidar”, que são representados pelos 5 Cs: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

“Cuidar não envolve apenas tarefas específicas mas depende da qualidade e tipo de relação mantida, envolve atender física, mental e emocionalmente às necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação do outro.” (MAGALHÃES, 2009)

Esta definição de cuidar, torna-se especialmente importante quando relacionada com a exigência e especificidade dos cuidados paliativos.

Em 1968 Cicely Saunders em Inglaterra e Elisabeth Kubler-Ross, nos Estados Unidos da América deram os primeiros passos na implementação dos cuidados paliativos.

Presentemente a sua filosofia está difundida, embora mundialmente nem todos tenham igual acesso a estes cuidados. A sociedade actual considera que os serviços de saúde têm como objectivo principal a cura da doença, sendo a incurabilidade e a

realidade inevitável da morte consideradas como um fracasso da medicina” (DGS, 2005).

Desta realidade emerge a necessidade de cuidados paliativos, “...quando já não é possível tratar devemos cuidar sempre até ao fim” (PACHECO, 2002).

No ano de 2002 a OMS reviu o conceito de cuidados paliativos, e definiu-o como um abordagem global que visa melhorar a qualidade de vida dos utentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso, de aspectos físicos, como a dor, e aspectos psicossociais e espirituais.

O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2005), considera que o doente paliativo é aquele que cumulativamente, tem rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada, intenso sofrimento, problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado, e interdisciplinar e não têm perspectiva de tratamento curativo.

NETO (2004) considera como critérios de doente paliativo, todos os que têm uma doença crónica, sem resposta à terapêutica de intuito curativo, e prognóstico de vida limitado.

De acordo com TWYLCROSS (2001), cuidados paliativos, são os cuidados activos e totais à pessoa e sua família, que têm como princípios: afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, sem fatalismo ou desesperança; não antecipar nem atrasar intencionalmente a morte; proporcionar à pessoa o alívio da dor e de outros sintomas incómodos; integrar os aspectos psicológicos; oferecer um sistema de apoio para que a pessoa viva tão activa e criativamente quanto possível; e auxiliar as famílias a adaptarem-se durante a doença e o luto.

A filosofia dos cuidados paliativos persiste na necessidade de dar qualidade de vida em vez de quantidade. COUVREUR (2001)

TWYLCROSS (2001) considera que os princípios éticos dos cuidados paliativos implicam: o cuidado integral que engloba, aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais da pessoa, que obriga à prestação de cuidados individualizados e

continuados; o trabalho com a família, que é o núcleo fundamental de apoio; o fomento da autonomia e da dignidade da pessoa; o conceito activo de terapia, em que o cuidar continua quando não se pode curar; o ambiente e atmosfera de respeito, apoio, e comunicação, considerando os sintomas; e o trabalho multidisciplinar.

De acordo com NETO (2004), os cuidados paliativos abrangem quatro áreas fundamentais, o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa.

Os cuidados paliativos não tratam de uma doença específica e abrangem o período entre o diagnóstico de doença avançada até ao fim da fase de luto, o que pode variar de anos para semanas ou raramente dias. Não é sinónimo de cuidados terminais, mas engloba-os. Estes cuidados são muito exigentes mas ao mesmo tempo gratificantes, exigem dos profissionais de saúde um trabalho interdisciplinar e multiprofissional. (COMMITTEE OF MINISTERS, 2003)

Em 2006 foi criada a RNCCI, onde se inserem ao nível dos cuidados paliativos, as equipas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e unidades de cuidados paliativos. O legislador contemplou que no âmbito de intervenção na RNCCI, a pessoa é o centro dos serviços prestados, para tal é necessário uma abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, que implica o envolvimento da pessoa, familiares ou cuidadores informais na elaboração de um plano individual de intervenção, com respostas organizadas e flexíveis, que respeitem as capacidades, necessidades e preferências do utente (UMCCI, 2007) Deste pressuposto reconhece-se que a dignidade, autonomia e a promoção do máximo conforto são questões fundamentais no cuidar da pessoa em fim de vida. (COMMITTEE OF MINISTERS, 2003)

Em 1996, no REPE é feita referência à dimensão paliativa dos cuidados de enfermagem, que têm por objectivo: “prevenir e avaliar o sofrimento e a angústia das pessoas e participar no seu alívio acompanhando os doentes em fim de vida e os que lhe são próximos.”

MAGALHÃES (2009), citando LUGTON E KINDLEN (2004), menciona que todas as doenças graves sejam do foro oncológico, neurológico, cardíaco, ou

respiratório têm implicações para a saúde física, social, psicológica e espiritual quer para a pessoa, quer para a sua família.

Quando qualquer indivíduo se aproxima dos últimos momentos de uma condição de saúde debilitante, a necessidade de cuidados paliativos aumenta. Nesta ocasião (e após o óbito), assegurar este tipo de atenção, propicia um cuidado de qualidade, independentemente de ser oferecido numa instituição ou no domicílio.

O maior desafio dos cuidados paliativos é a sua integração nos cuidados curativos, todos os profissionais de saúde deveriam saber quando os cuidados paliativos são necessários.

Sendo o doente terminal aquele que se encontra numa etapa final de uma doença avançada, progressiva e incurável, vai apresentar variados sintomas intensos e multifactoriais que sofrem alterações e provocam impacto em termos emocionais, passando os cuidados a ter o objectivo de proporcionar a maior qualidade de vida possível do utente e família (PEREIRA E LOPES, 2005). Estes cuidados são oferecidos com base nas necessidades e não nos diagnósticos (MARQUES, 2003). O tempo desta fase pode variar dependendo de factores intrínsecos ao utente, de situações relativas à doença, às necessidades e problemas do utente e família (MOREIRA, 2001).

Para que o profissional possa prestar cuidados de qualidade em fim de vida, tem de explorar os seus próprios sentimentos sobre a morte, para que possa estar disponível para a ansiedade, ideias e questões do utente. É esta a mensagem que PARKER (2007), transmite ao aceitar o morrer e a morte como parte do “pacote da vida”, moldando a forma de escutar a pessoa.

Para algumas pessoas em fase final de vida há necessidade de falar sobre a morte quando esta já foi aceite pelos mesmos. A pessoa quer partilhar medos e angústias, para que alguém o ajude a partir serenamente, assumindo a sua própria morte tão completa e construtivamente quanto possível. (TYCROSS, 2001) A necessidade de falar sobre a morte tem de ser sentida e verbalizada pelo utente, ele tem de se sentir preparado e o enfermeiro tem de ter essa percepção. A partir daqui o enfermeiro tem de apoiar e verbalizar que é um processo natural, que faz parte da natureza humana e do processo vital.

O respeito e a protecção da dignidade da pessoa em fase final de vida, implica a prestação de cuidados adequados num ambiente seguro, permitindo que possa morrer em paz. Reconhecendo que o direito à saúde é apreciado pelo próprio utente, é fulcral proporcionar o mais elevado nível possível de bem-estar, independentemente da idade, etnia, status económico ou social e da natureza de qualquer doença. (COMMITTEE OF MINISTERS, 2003)

Ao quantificar a intensidade do sofrimento há que considerar a própria pessoa, os seus valores, vivências, crenças e recursos, ou seja, múltiplos factores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e ao mesmo tempo única para cada pessoa que a experiencia. (BARBOSA et al, 2010).

A pessoa em fase final de vida, confronta-se com mudanças físicas, psicológicas, espirituais, sociais, sobretudo associadas à doença, sintomas, tratamentos e efeitos adversos, que ocorrem na pessoa e família, e Alarcão (2000) refere que qualquer mudança gera stress devido ao desconhecimento que lhe está associada, assim “todos sentirão algum impacto da doença que resultará numa perturbação emocional” (FITCH, 2006).

2.1 - NECESSIDADE DE SUPORTE EMOCIONAL

A fase final de vida é vivenciada pelo utente e família como uma experiência espiritual e psicossocial e menos como biomédica. (CERQUEIRA, 2005).

BÁRON (1996) citado por MOREIRA (2001), reconhece a importância de identificar as necessidades como base principal para a prestação dos cuidados de enfermagem individualizados.

CHALIFOUR (2008), define a necessidade como “...a manifestação no organismo da carência (sentida ou não) de uma condição interna necessária ao seu bom funcionamento, desencadeando processos psicológicos e fisiológicos que se traduzem em comportamentos particulares, com vista a estabelecer um contacto com o ambiente para aí recolher, de forma simbólica ou real, a energia, informação ou matéria susceptíveis de compensar a deficiência”. Este autor refere que ajudar a pessoa, é ajuda-

la a tomar consciência da sua necessidade, a aceitá-la e a encontrar a melhor maneira de utilizar a sua energia para lhe conseguir responder.

CHALIFOUR (2008), citando NUTTIN (1965), considera que uma necessidade ao nível psicológico ou comportamental, engloba diversos tipos de relações do organismo com o meio, tipos de relações que são indispensáveis ao bom funcionamento psicofisiológico da personalidade e que, desde logo, devem ser considerados como elementos essenciais na sua estrutura Eu- Mundo.

Para PACHECO (2002), qualidade de vida tem duas acepções principais, uma de carácter geral relacionada com satisfação das necessidades ou desejos de ordem material, e outra de carácter específico que está relacionada com a assistência ao Homem. Deve-se cuidar da pessoa considerando os seus valores que lhe conferem singularidade.

Assim, para atender a pessoa no seu todo na fase final de vida, onde a morte se torna eminente, é necessário que o enfermeiro conheça os sentimentos presentes nas reacções do utente de forma a adequar as suas intervenções. Estes sentimentos foram estudados por KÜBLER-ROSS (1991), a autora refere que a pessoa passa por um processo de adaptação à nova realidade descrito em cinco fases: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação, que sistematizam as reacções emocionais.

Na fase de negação/isolamento, o utente tem esperança que o diagnóstico esteja errado e que lhe digam que não tem nenhuma doença, tendo necessidade de procurar várias opiniões médicas. Pessoa nega a ideia da morte, afasta-se daqueles que a rodeiam, admitindo que todos estão errados. Esta fase surge como defesa para se poder lidar com a situação, é temporária, e saudável, permitindo que se recupere com o tempo.

A negação ao longo do percurso até chegar à aceitação, vai e volta, é um mecanismo de defesa que não podemos contrariar.

Na fase de raiva, o utente começa a tomar consciência da inevitabilidade da morte, e tenta lutar contra o que é inevitável, apresenta irritabilidade, e culpabiliza alguém pelo seu estado. Esta culpa pode ser dirigida para si mesmo, para os familiares ou para os profissionais de saúde. O enfermeiro não deve entender esta atitude como sendo contra si, é apenas uma reacção espectável, não podemos julgá-la, nem confrontar

a pessoa. É necessário estar atento para detectar pensamentos de auto culpabilização e demonstrar compreensão pelo que a pessoa está a sentir.

A fase de negociação, caracteriza-se pelo reconhecimento gradualmente da morte como uma realidade. Nesta fase a pessoa necessita de ter esperança, pensar numa possibilidade de melhorar, e até de cura, sendo frequente a realização de promessas com Deus, com os outros, ou mesmo com os próprios através de orações ou oferecendo sacrifícios.

Na fase de depressão, a pessoa sente que é uma realidade incontornável, e passa por um pesar silencioso e preparatório, onde começa a pensar nas perdas futuras começando a desprender-se gradualmente da vida, pressupondo o início da aceitação.

Esta fase requer especial atenção por parte do enfermeiro, de forma a favorecer a expressão de sentimentos e detectar pensamentos que causem sofrimento, que possa ser evitado.

Na aceitação, a pessoa está preparada para enfrentar a morte, onde predomina sentimentos de paz e tranquilidade. É importante que o enfermeiro escute e esteja sempre ao lado da pessoa e familiares, para sentirem que não estão sós. Muitas vezes é mais fácil para o utente chegar a esta fase do que para a família, sendo possível comunicar profundamente, conhecer seus medos e preocupações, antes da morte. Nesta fase o utente quer estar em paz e muitas vezes pede para serem reduzidas as visitas, mesmo aos familiares mais próximos. (Consejería de Salud, 2003)

A evolução por estas fases não é obrigatoriamente sequencial, nem todos passam por todas as fases, a pessoa pode estar em mais do que uma ao mesmo tempo, e até nunca chegar à aceitação (PEREIRA e PINTO, 2004).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que passam mais tempo com a pessoa, devem auxiliar na fase final de vida, dando-lhe significado, prestando carinho e consolo. Nesta fase tanto pessoa como família passam por um conjunto de emoções, medos e conflitos. Um adequado apoio emocional e físico ajuda o utente a reflectir e partilhar de forma mais profunda. Ao serem prestados verdadeiros cuidados paliativos, diminui os pedidos de eutanásia ou suicídio assistido, que são legais noutros países, como a Holanda. (SILVA e HORTALE, 2006)

No estudo de MARTINS (2010) realizado com pessoas em fase final de vida, a dor de alma é mais frequente que a dor física, sendo também mais difícil de controlar. A dor de alma considerada de ordem emocional manifesta-se através de sentimentos de medo, ansiedade, angústia, inquietação, preocupação, impotência, raiva, decepção, tristeza, e desespero que está relacionado com a consciencialização da sua situação de saúde, da finitude da vida e da inevitabilidade da morte.

MARTINS (2010) identificou que o utente necessita da presença do enfermeiro, com o fim de transmitir calma, segurança e ajudá-lo a encarar mais facilmente o medo e a angústia da morte.

Segundo RODRIGUES e ZAGO (2003), o enfermeiro deve atender às necessidades do utente e da família, partilhar o sofrimento, chorar com o outro, preservar os direitos e a dignidade.

MARTINS (2010) no seu estudo encontrou 20 estratégias para fornecer apoio emocional: disponibilizando-se, estando presente, conversando, escutando, olhando nos olhos, sorrindo, usando tom terno, sendo amável, dizendo palavras de conforto, tocando, encorajando, fazendo rir, acalmando, dando afecto, estabelecendo relação de confiança, incentivando a expressar sentimentos, respeitando, sendo empática, sendo autêntica e encaminhando.

O estudo de KUUPPELOMAKI (2003) refere que as formas mais comuns de demonstrar apoio emocional são o toque, a escuta, a expressão de empatia, o confortar a pessoa e atender os seus desejos, motivar e estar presente. Para prestar este apoio o enfermeiro necessita de tempo e competências suficientes para satisfazer os utentes.

MOREIRA (2001), cita KOZIER (1993), que dá relevância ao proporcionar apoio emocional e segurança dos seus membros através do amor, interesse, aceitação e compreensão.

2.2 - *RELAÇÃO TERAPÊUTICA*

Somos seres em relação, e o cuidar implica uma relação. A relação terapêutica promovida pelo enfermeiro, caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004)

PEPLAU (1990), defende que a relação terapêutica é uma ferramenta própria do cuidar em enfermagem, centrada nas relações interpessoais, entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, potencializando o crescimento e desenvolvimento, dos intervenientes, num processo dinâmico.

LAZURE (1994) refere que a relação de ajuda é uma relação pela qual o enfermeiro proporciona à pessoa os meios necessários à satisfação das suas necessidades.

Para CHALIFOUR (2008), estar em relação significa estar atento à pessoa no seu todo, ter em consideração o ambiente humano e físico da pessoa; reconhecer as suas próprias impressões (pensamentos, sensações, emoções e necessidades) quando está com o utente; reconhecer que o cuidado só pode existir ao estabelecer-se uma relação de qualidade; ajudar o utente a expressar as suas necessidades; proporcionar ajuda física, social e psíquica, tendo em atenção as expectativas, características e dificuldades do utente; e ajudar o utente a envolver-se na relação, incentivando a expressar aquilo que sente e a informação que o seu organismo lhe dá a cerca da sua saúde física e mental, de forma a prevenir ou solucionar o problema existente.

No contexto de doença grave, os objectivos da relação de ajuda, passam por ajudar a pessoa a atravessar um momento potencial ou actualmente difícil, ajudar a identificar e a resolver os problemas que se colocam, e favorecer um funcionamento pessoal e interpessoal mais satisfatório considerando os recursos latentes.

No âmbito dos cuidados paliativos a relação estabelecida com a pessoa em fim de vida é definida como um conjunto de técnicas de prevenção e alívio da dor, de acompanhamento da pessoa e família, tendo em consideração os problemas individuais, sociais e espirituais, são cuidados técnicos e de apoio psicológico à pessoa e família, sendo abordado o termo de “cuidados de acompanhamento”. (PACHECO, 2002)

A necessidade de acompanhamento é crescente na medida em que a doença progride, assim progride também a relação face às necessidades de ajuda do utente e às respostas proporcionadas.

Com a finalidade de proporcionar uma relação terapêutica, torna-se necessário aplicar técnicas e estratégias de comunicação.

“A comunicação é um processo essencialmente relacional que assenta numa troca mútua de mensagens, quer seja de forma verbal ou não-verbal, e do sentido que é dado a essas mensagens entre pessoas ou grupos pelo uso de símbolos, gestos, e outras formas de expressão, tendo em vista qualquer forma de compreensão mútua” (FREIRE, 1999)

Comunicar de forma eficaz é uma necessidade básica em cuidados paliativos, para proporcionar cuidados de qualidade ao utente, especialmente em fase final de vida. (CHOPRA, 2001; MCGRATH, 1999 in BARBOSA et al 2010).

A comunicação empática, é uma obrigação ética e moral do enfermeiro e de toda a equipa, sendo o que o utente espera. (BARBOSA et al, 2010)

2.3 - EMPATIA

O enfermeiro tem um papel primordial no suporte à pessoa em fase final de vida, pois é este profissional que mais tempo passa junto dela. Para dar apoio à pessoa é fundamental que se consiga estabelecer com ela uma relação de ajuda. É do enfermeiro que a pessoa espera compreensão, carinho, atitude de escuta, e disponibilidade. A empatia é uma atitude que envolve emoções, e é considerada como a base da relação de ajuda.

TITCHER citado por PINTO E SILVA (2008) nos anos 20 deu a primeira definição de empatia, afirmando que “decorre de uma espécie de imitação física do sofrimento alheio, que então evoca os mesmos sentimentos na própria pessoa”.

A empatia é considerada por LAZURE (1994) a pedra angular de toda a relação de ajuda. Ela é definida por CHALIFOUR (2008) como a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê. Isto implica uma

partilha de sentimentos, o termos consciência dos nossos sentimentos e compreendermos os sentimentos do outro sem que estes nos perturbem, mas sim possamos compreendê-los e dar resposta aos seus problemas. Esta relação de sintonia permite identificar a emoção que a pessoa está a vivenciar e a sua causa, para isso o enfermeiro deve dotar-se de vocabulário que permita melhor compreender a vivência do outro e validar as suas emoções (BARBOSA et al, 2010). As emoções não podem afetar a nossa capacidade de pensar, a razão e a emoção não são realidades separadas no nosso cérebro, mas dependentes uma da outra. (PINTO, 2008)

LAZURE (1994) cita FORSTH ao referir que “ as enfermeiras que têm alto grau de empatia provocam nos clientes resultados positivos” e as que apresentam níveis mais baixos, atrasam a sua evolução.

PINTO E SILVA (2008) referem que o enfermeiro com alto nível de empatia está mais apto para identificar, compreender e explorar as mensagens que a pessoa não expressou directamente, não perdendo o seu próprio sentido do “eu”.

Segundo PACHECO (2002) a empatia é o equilíbrio entre a sensibilidade excessiva ou o envolvimento emocional intenso, e a indiferença ou distanciamento, que será uma atitude desumanizante.

A empatia não se transmite apenas por palavras, mas também por gestos, pelo olhar, silêncio, e escuta.

Sendo a enfermagem a arte e a ciência de comunicar (GONÇALVES, 2010), a empatia será uma ferramenta fundamental para melhorar a relação com o outro.

A atitude de empatia implica uma disponibilidade interior, que advém da nossa capacidade de nos preocuparmos com os outros. O que sentimos deve também ser transmitido ao outro para que este perceba o que estamos a entender verdadeiramente.

O desenvolver um elevado nível de empatia, permite estar atento às necessidades dos outros, deixando de parte o individualismo.

O enfermeiro mantém aquilo que é, a experiência de empatia vai apenas acrescentar algo ao seu ser.

2.4 - CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

A enfermagem “diz respeito à totalidade da pessoa” (FREESE citado em ALLIGOOD & TOMEY, 2004), destacando-se cinco áreas: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual e desenvolvimento (processos de desenvolvimento da vida).

Para WATSON (2002) a inovação na prática de enfermagem refere-se à humanização das relações, com a aproximação entre cuidador e pessoa cuidada, através de um reconhecimento do Eu interior, com recursos internos, reconhecendo a totalidade do Ser, mente, corpo e espírito, e não a soma das partes, que co-existe com o passado, presente e futuro. A mente não está confinada ao tempo e espaço, incluindo as emoções.

Para cuidar é necessário conhecer o comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais e potenciais; conhecer e compreender as necessidades da pessoa, a fim de poder dar respostas adequadas; conhecer as nossas potencialidades e limitações; conhecer a força e limitações da pessoa, e o significado da experiência vivenciada; saber confortar, e oferecer compaixão.

As intervenções na relação transpessoal são denominadas como factores de cuidar, entre elas é de realçar, a sensibilidade para consigo e para com os outros; a relação de cuidar, ajuda-confiança; a expressão de sentimentos positivos e negativos; o ambiente protector a nível físico, social, mental, e espiritual; e a assistência às necessidades humanas.

A relação transpessoal depende, entre outras, da capacidade do enfermeiro detectar e compreender de forma correcta os sentimentos da pessoa (por exemplo, através de acções, palavras, comportamentos, pensamentos, conhecimento, linguagem corporal, sentimentos, sensação e intuição); da capacidade do enfermeiro avaliar e analisar qual o modo da pessoa estar no mundo, e de sentir uma ligação com a pessoa.

No cuidar ou relação transpessoal, quem cuida, pode entrar na experiência do outro, e o que é cuidado pode entrar na experiência de quem cuida.

Para WATSON (2002), “a mente, as emoções são as janelas da sua alma”. Esta autora refere que o cuidar é físico, no entanto, as transacções e as respostas humanas da enfermagem, e a presença do enfermeiro vão além do mundo material, por estabelecerem contacto com um mundo emocional e subjectivo.

Esta autora considera que existe uma intersubjectividade na relação, ou seja, sugere que aprendemos uns com os outros, identificamo-nos com a pessoa e encontramos as suas dúvidas em nós próprios, permitindo o auto-conhecimento por ambas as partes.

A arte do cuidar transpessoal em enfermagem é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos.

Esta teoria de enfermagem vai ao encontro de LAZURE (1994) quando refere que na relação, a empatia, adquire importância na identificação das emoções da pessoa, tal como o contexto em que são vivenciadas.

As pessoas necessitam umas das outras, do cuidado e do amor, para que sobrevivam. É necessário amar, respeitar e cuidar de nós próprios e de nos tratarmos com dignidade, antes de podermos amar, respeitar e cuidar dos outros e preservar a sua dignidade.

3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM A PESSOA EM FASE FINAL DE VIDA

O processo de revisão sistemática da literatura, tem como ponto de partida a formulação de uma questão em formato PI[C]O, (ANEXO IV) tendo em conta os objectivos definidos para este estudo “A relação terapêutica (I) promove a empatia (O) com a pessoa em fase final de vida (P)?”.

Posteriormente, foram definidas palavras-chave que foram validadas como descritores para esta pesquisa, na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Deste modo, foram utilizadas as palavras-chave, com a seguinte sequência: Nurs* AND Empathy AND Terminal Care AND Palliative Care.

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO (CINAHL Plus with Full Text e Medline with Full Text). Foram seleccionados os artigos publicados em Texto Integral (01-10-2011), publicados entre 2000 e 2011. Foi feita a pesquisa isolada dos descritores (ANEXO V), posteriormente foi feita a conjugação dos descritores 3 a 3 (ANEXO V), e depois 2 a 2 (ANEXO V).

Foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a obter os artigos adequados à questão de partida e ao objectivo do estudo (ANEXO VI).

Através desta pesquisa encontraram-se um total de 11 artigos, dos quais após leitura foram seleccionados 5 artigos de acordo com a pertinência para a temática. Os artigos seleccionados, que irão servir de base para a elaboração das conclusões, foram submetidos a uma classificação por sete níveis de evidência¹, e encontram-se em quadros esquemáticos (Anexo VII).

¹GUYATT e RENNIE (2002) propõem vários níveis de evidência: Level I: Evidence from a Systematic Reviews or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees

4 - DISCUSSÃO

A pessoa em fase final de vida passa por várias alterações tanto a nível físico como psicológico, esta fase é caracterizada por várias perdas e pelo pensamento da finitude da vida, ela gera necessidades, às quais o enfermeiro deve estar atento, como profissional mais próximo da pessoa.

Nos cuidados em fim de vida é essencial dispor de tempo para o relacionamento, com o objectivo de compreender e dar respostas adequadas, que contribuam para o bem-estar da pessoa. Assim, a relação enfermeiro-pessoa é o alicerce da enfermagem em cuidados paliativos.

Para MOK, E. e CHIU, P. (2004), as relações partem da intenção de alguém, e evoluem de uma **relação profissional**, focalizada nas funções, para uma **relação de confiança**, em que o enfermeiro após compreender as necessidades, exhibe acções e atitudes de carinho, fornecendo cuidados holísticos, revelando uma atitude de empatia. A pessoa sente confiança no enfermeiro, estabelecendo uma relação que envolve uma forte componente emocional. Ninguém pode existir na ausência dos outros, a relação é em si terapêutica. (Figura N.º 1)



Figura N.º 1 – Evolução da Relação

Sendo a relação um acto reflectido, são expostos na figura N.º 2 os elementos da mesma, que surgem da revisão de literatura, dos artigos seleccionados e da experiência pessoal.

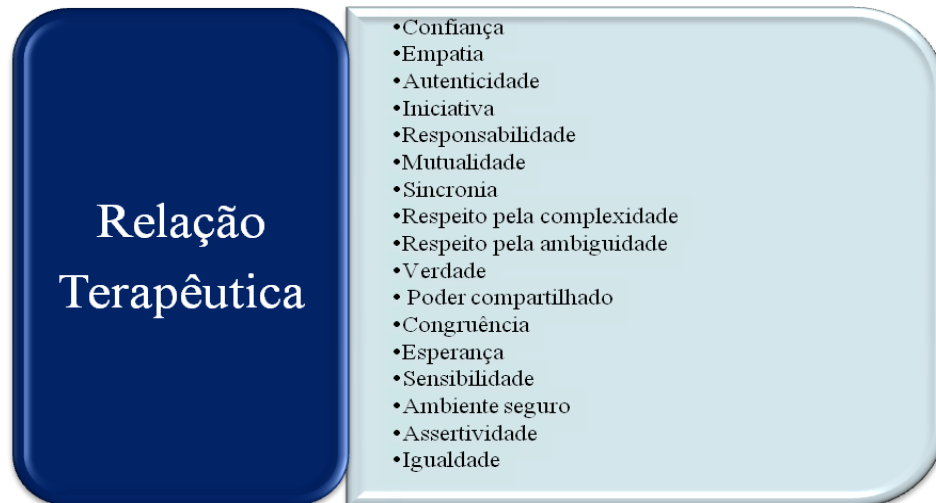


Figura N.º 2 – Relação Terapêutica

BARBOSA et al (2010) refere que uma relação de sintonia passa por identificar a emoção e o que a pessoa está a experienciar.

O poder compartilhado é mais eficaz do que centrar tudo no utente. As nossas próprias experiências são motor para entender as dos outros, e a partilha de experiências pode beneficiar a relação - ajuda mútua (mutualidade) e a auto-revelação-, recorrendo a um espírito de confiança mútua e empatia. Como refere WATSON (2002) estas são condições essenciais para a expressão de sentimentos. A congruência numa relação torna a relação mais honesta. Ser autêntico, considera WELCH (2005) no seu estudo, que o enfermeiro faz uso de todas as suas ferramentas para fins terapêuticos, evitando o conflito.

FINCH (2006) descreve que os comportamentos podem ser divididos por três categorias de atitudes, as afectivas, as cognitivas e as comportamentais. Que em enfermagem relaciono respectivamente com o saber-ser, saber e saber-fazer, DIAS (2006) faz esta relação em que agrupa os diferentes saberes nas diferentes atitudes. No mesmo sentido, EGAN (1994) citado por FALCONE (1999) refere que a empatia é definida como uma habilidade de comunicação, que inclui a componente cognitiva, afectiva e comportamental. A cognitiva é caracterizada pela capacidade de compreender, os sentimentos e perspectivas de outra pessoa. A componente afectiva é identificada pela preocupação com o bem-estar da pessoa, transmitida por sentimentos

de compaixão e simpatia. A componente comportamental, consiste em transmitir o que se percebeu e sentiu, da perspectiva e sentimentos da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida.

DuBrin (2003) refere que estes componentes estão inter-relacionados, uma mudança num deles desencadeia uma alteração noutro.

Na relação, FINCH (2006) concluiu que as respostas comportamentais e emocionais de carinho e preocupação por parte do enfermeiro, são as mais significativas para os utentes.

Também WATSON (2002) reconhece que a relação, construída pela confiança, respeito e empatia é comunicada por uma via cognitiva, afectiva e comportamental.

Para estabelecer uma relação é de grande importância que o enfermeiro reflita sobre o que acredita, pois os seus atributos pessoais, atitudes, e a experiência adquirida pelas vivências enquanto pessoa e enfermeiro, iram ter influência na relação com o outro, isto é, usar a personalidade de forma terapêutica.

WATSON (2002) na Teoria de Cuidado Transpessoal refere que o enfermeiro deve ter consciência dos seus sentimentos, e conhecer as suas potencialidades e limitações. A relação transpessoal depende ainda da história de vida do enfermeiro, experiências e oportunidades de ter experienciado.

ARAÚJO et al (2004) elucidam que o equilíbrio emocional do enfermeiro, depende do grau de envolvimento com a situação, identificação com o utente e família, origens do enfermeiro em termos psicológicos e emocionais, e a capacidade de lidar com o sofrimento. Pois o enfermeiro tem de estar bem consigo mesmo, para estabelecer uma relação terapêutica com o utente, que exige do enfermeiro tempo e disponibilidade. Caso contrário, os próprios problemas podem interferir com o modo de se relacionar e de ser empático.

A pessoa em fim de vida encontra-se em sofrimento, e o enfermeiro por meio da empatia identifica-se com a pessoa. Ao evidenciar que a empatia revela a essência da enfermagem, o enfermeiro está ao dispor para ajudar os outros de forma plena, em que se organizam esforços para dar conforto.

EVANS et al (2006) menciona que a empatia, o ter tempo para falar e o colocar questões abertas, são habilidades de comunicação do enfermeiro.

A empatia na relação permite que a pessoa expresse os seus sentimentos e encontre sentido para a vida. Muitas vezes a pessoa não revela os seus sentimentos, não porque tenha algo contra o enfermeiro, mas porque ainda não está preparado para partilhar esses sentimentos. Temos de respeitar o tempo e os desejos da pessoa e não impor, mesmo percebendo as suas emoções, que podem ser de depressão, dor, raiva e impotência. Estas emoções enquadram-se na fase de negação e de raiva no processo de adaptação de KÜBLER ROSS (1999), como um mecanismo de defesa que não podemos contrariar. Esta relação melhora o estado físico e emocional do utente, assim como a adaptação à doença, alívio da dor e levar a uma experiência de boa morte. Pela minha experiência, o enfermeiro pode ajudar a expressar os seus sentimentos, como por exemplo referindo “vejo que está triste”, e depois será decisão da pessoa expressar ou não, pois estabelecendo uma relação de confiança, a pessoa saberá que seja qual for a atitude dela o enfermeiro irá respeitar. Assim a pessoa sente-se segura porque pode expressar sem estar sujeito a juízos de valor. Relativamente, ainda à fase de negação é necessário que o enfermeiro esteja atento ao momento em que esta negação se prolonga no tempo, não sendo adaptativa.

As pessoas em fase final de vida que fizeram parte do estudo de MOK, E., & CHIU, P. (2004), revelaram que a relação com o enfermeiro, que é visto como um amigo ou parte da família, deu incentivo para continuar a viver, encontrando paz e segurança, através da empatia, confiança e esperança.

Neste sentido, no estudo de MARTINS (2010), o utente necessita que o enfermeiro o ajude a enfrentar o medo e a angústia da morte.

A pessoa sente que é possível falar sobre as questões de fim de vida, promovendo a esperança, enfatizando o que ainda pode ser feito, como o controlo de sintomas, o apoio emocional, a preservação da dignidade e o apoio mais prático, relacionado com competências comportamentais (EVANS et al, 2006).

Como refere PACHECO (2002) quando não é possível tratar, devemos cuidar até ao fim, há sempre algo a fazer. A esperança realista, diminui a ansiedade com a finalidade de proporcionar uma morte digna.

Nos artigos seleccionados foi possível constatar que os utentes que têm oportunidade de expressar emoções e discutir os problemas psicológicos, promovido pela resposta empática do enfermeiro, têm níveis mais baixos de sofrimento emocional.

O citado vai ao encontro de LAZURE (1994) que refere que o enfermeiro com alto nível de empatia provoca resultados positivos na pessoa.

Para lidar com o sofrimento é necessário que o enfermeiro crie mecanismos de defesa, um distanciamento fictício que pode ajudar o enfermeiro a usar uma qualidade essencial, a empatia, que permite um compromisso mais completo, e uma maior percepção das necessidades do utente. Segundo PACHECO (2002) a empatia é o equilíbrio entre a sensibilidade excessiva ou o envolvimento emocional intenso, e a indiferença ou distanciamento, que será uma atitude desumanizante.

No estudo de WELCH (2005) os enfermeiros entrevistados revelaram ser de grande importância a forma de relação humana, o reconhecimento, a humildade e a empatia. Os enfermeiros consideram a empatia como um acto reflectido e de abertura, que é fundamental na relação, é sobre a empatia que tudo assenta.

Estes resultados vão ao encontro da teoria de Jean Watson, que dá ênfase ao cuidado, empatia e compreensão nas relações interpessoais.

Ser empático, torna-se fundamental, pois muitas vezes a pessoa expressa a emoção, mas não lhe é dada uma resposta para que ela sinta que a sua preocupação foi reconhecida, e o efeito que a mesma tem sobre a própria pessoa. CHALIFOUR (2008) apoia a ideia que a empatia implica uma partilha de sentimentos.

Quando o enfermeiro não reconhece as preocupações do utente este deixa de as revelar. Assim ao responder de forma empática está a aumentar a expressão das preocupações por parte do utente, a ajudar a antever situações futuras e a lidar com as situações em fim de vida que acarretam muitas alterações no quotidiano.

Ao expressar empatia o enfermeiro está a dizer que apoia a pessoa, sem fazer juízos de valor ou tentar corrigir o sentimento da pessoa. A emoção da pessoa pode ser expressa de forma verbal ou não-verbal. O factor-chave na resposta à emoção não é tanto estar correcta a determinação do tipo de emoção expressa, mas sim reconhecer que a emoção está presente.

Expressar empatia é uma das formas de comunicar, que em fase final de vida se torna particularmente complexa, exigindo o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de consciencialização da comunicação verbal e não-verbal.

EVANS et al (2006) usam o termo SOLER para representar os aspectos não verbais da empatia: S (squarely) olhar directamente para o rosto da pessoa e O (open), postura corporal, de forma mostrarem interesse pelo utente; L (lean) inclinar-se de forma a mostrar intimidade e flexibilidade em direcção à posição do utente; E (eye contact) contacto visual para mostrar que presta atenção e está a compreender; e R (relaxed) manter uma postura corporal relaxada para diminuir a ansiedade do utente. No conjunto destes aspectos não-verbais da empatia, penso ser fundamental o toque que é relatado neste estudo, mas não foi incluído, nestas siglas.

O termo NURSE denomina os aspectos verbais da empatia: N (name) nome da emoção, U (understand) compreender a emoção, R (respect) respeitar e elogiar o utente, S (support) apoiar o utente, e E (explore) explorar a emoção.

O utente ao nomear a emoção, pode transmiti-lo apenas de forma não-verbal, então o enfermeiro pode facilitar a sua expressão, dizendo “está se sentindo triste?”. Mesmo que não seja a emoção que o utente está a sentir, ele sente que o enfermeiro está interessado por ele, e vai dizer o que realmente está a sentir, se assim o desejar. O objectivo de compreender a emoção, é a de mostrar que o enfermeiro está a entendê-la, podendo dizer “ não posso imaginar totalmente como se está sentindo, mas parece-me que tem sido realmente difícil”. Respeitar o modo do utente se colocar frente a obstáculos difíceis, dando reforço positivo relativamente à sua atitude, o enfermeiro pode comunicar que “tendo em conta a minha experiência, está a lidar muito bem com a situação, tendo em conta as circunstâncias”. Apoiar, transmite que o utente não está abandonado, “Gostaria de ir ao banho mas neste momento, diz-me que está com dores. Vou administrar analgesia”. Explorar/Analisar, encorajando os utentes a partilhar a sua experiência de forma mais ampla, “Disse que estava preocupado com a dificuldade em respirar, quer falar mais sobre isso?” Estas estratégias de promoção da empatia estão espelhadas no quadro síntese do Anexo VIII, que representa um resumo do papel da pessoa e do enfermeiro na relação terapêutica, que tem por base a expressão de empatia.

MARTINS (2010) no seu estudo encontrou 20 estratégias para fornecer apoio emocional de forma verbal e não verbal: disponibilizando-se, estando presente, conversando, escutando, olhando nos olhos, sorrindo, usando tom terno, sendo amável, dizendo palavras de conforto, tocando, encorajando, fazendo rir, acalmando, dando afecto, estabelecendo relação de confiança, incentivando a expressar sentimentos, respeitando, sendo empática, sendo autêntica e encaminhando.

Formas de transmitir empatia: “Eu desejo que...”, ressalta a verdade da situação e demonstra apoio, no caso da transmissão de notícias difíceis e que o utente não esteja a conseguir entender. EVANS et al (2006), refere que retribuir com uma pergunta à pergunta que é feita permite que a pessoa expresse as suas esperanças, fale sobre os seus medos, garante a continuidade do diálogo e permite que não se diga mais do que aquilo que a pessoa está pronta para ouvir.

Neste estudo os enfermeiros atribuíram grande importância a comunicação não verbal ao falar sobre a morte, especialmente a escuta, o silêncio e o toque. Transmite-se ao utente que não está sozinho, que estamos preocupados e damos conforto.

O enfermeiro tem de saber expressar-se na relação, através de movimentos, gestos, olhares, actos, procedimentos, informação, toque, som, palavras, cor, forma e outros meios. A subjectividade do utente é vista como um todo, de forma igual à do enfermeiro, há uma reciprocidade. (WATSON, 2002)

Quando a comunicação não é eficaz, a satisfação do utente diminui, o que pode impedir o atingir de objectivos e o aumento de gastos em saúde. O enfermeiro que é controlador, impessoal e rígido, é visto pelo utente como factor impeditivo para estabelecer uma relação, por outro lado, o enfermeiro que conforta, que é calmo e sincero, que transmite carinho e interesse, respeita e aceita o que a pessoa transmite, contribui para estabelecer uma relação. O ambiente seguro onde o utente se sente confiante diminui a ansiedade e facilita a comunicação. Os utentes querem sentir que o enfermeiro está sinceramente interessado no que eles estão a sentir e experimentar.

Quando o utente está a morrer os enfermeiros referem que é importante manter a comunicação verbal, desde que não seja centrada na morte, pois pode causar ansiedade. (ARAUJO et al, 2004)

O enfermeiro ao estar consciente da importância da comunicação, promove o respeito, e eleva a profissão de enfermagem, em termos de competência. Para ser comunicante da forma como os utentes desejam, exige do enfermeiro grande empenho e esforço. BARBOSA et al (2010) refere que a experiência adquirida não é suficiente para comunicar eficazmente tendo em conta a exigência na fase final de vida, assim é necessário o treino de competências comunicacionais.

Cuidar da pessoa em fase final de vida é também uma tarefa exigente e complexa, em que cada pessoa é um ser único, um amigo que torna cada experiência única, que dá forças para voltar a cuidar.

Os utentes querem que os profissionais de saúde o ajudem a definir metas realistas e a discutir aspectos do dia-a-dia. Os utentes identificam factores que contribuem para uma boa morte, a ausência de dor e outros sintomas, decisão clara como preparação para a morte, afirmar a pessoa como um todo, estar em paz com Deus, estar na presença da família, manter confiança nos profissionais de saúde e manter cuidados de higiene. São estas as fontes de esperança da pessoa em fase final de vida. (ARAUJO et al, 2004)

Para tal, é fundamental ao longo deste processo desenvolver de forma gradual e continua no tempo, uma relação de presença/parceria e de confiança entre os vários intervenientes, baseada na compreensão empática, na escuta activa e no aconselhamento (FREITAS *et al*, 2009).

Em suma, o enfermeiro tem de possuir competências, entre elas a de ser empático, que promova uma relação de confiança, com a compreensão das necessidades, respeito pelo tempo do utente, potencialização de competências, clarificação dos medos, reforço positivo, promoção da colaboração/autonomia da pessoa em fim de vida, resposta às necessidades futuras e validação das competências adquiridas, procurando que tenha um papel activo na tomada de decisão (FREITAS *et al*, 2009).

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa em fase final de vida, sabendo que a sua vida é limitada, exprime diversas necessidades, principalmente do ponto de vista emocional. A morte é um processo que faz parte da vida, é universal, o modo de viver a sua aproximação, é que é um processo individual.

A motivação é indispensável para que tanto pessoa como enfermeiro, estabeleçam uma relação, em que se espera uma partilha de sentimentos, atenção, e respeito pelos valores, crenças e saberes do outro sem fazer juízos de valor, tendo em conta o passado, presente e futuro.

Na relação terapêutica é feito um compromisso entre enfermeiro e pessoa em fase final de vida, de enfrentarem o futuro juntos, em que a pessoa sabe que tem alguém que se preocupa com ela, e com quem pode contar. Na ausência de uma relação terapêutica não seria possível alcançar os objectivos e princípios dos cuidados paliativos.

A relação terapêutica estabelecida, proporciona o desenvolvimento da empatia como uma ferramenta essencial para o cuidar em fase final de vida, como se constata nos artigos analisados.

Esta problemática surge na prática diária dos enfermeiros, e no contexto de fase final de vida torna-se ainda mais premente, pela especificidade e intensidade emocional associada.

Uma das expectativas da pessoa em fase final de vida é que possa comunicar com alguém, que a escute e compreenda, contribuindo para se sentir segura e alcançar uma morte digna.

Para o enfermeiro é imprescindível sentir que está a fazer o melhor, vendo mantida a dignidade da pessoa, e encarando a prestação de cuidados como um momento de expressão de afectos e amor, e como uma possibilidade de crescimento, enriquecimento pessoal, desenvolvimento de novas competências e conhecimentos.

Na empatia, o enfermeiro demonstra disponibilidade e compreensão pelo que a pessoa está a sentir. Da temática estudada emergiram várias estratégias que o enfermeiro pode usar para expressar empatia na relação terapêutica, que estão relacionadas com a comunicação verbal e não-verbal.

Assim, é possível constatar, que face à comunicação verbal e não-verbal do utente, aos quais o enfermeiro deve estar atento, como: medo, preocupação, tristeza, desânimo, suspiro, choro, agitação e evitamento do contacto visual, o enfermeiro tem de ter uma resposta pronta e eficaz, quer seja verbal ou não-verbal, como: nomear, compreender, respeitar, apoiar, explorar e analisar, usar tom de voz terno, ser solidário, olhar directamente, tocar, escutar, silenciar, adoptar um expressão facial relaxada e sorrir e fazer sorrir. Pelo descrito, foi atingido o objectivo inicialmente delineado, que pretendia conhecer habilidades que permitam ao enfermeiro expressar empatia, ao promover uma relação terapêutica com a pessoa em fase final de vida através da revisão sistemática da literatura.

Esta resposta faz com que a pessoa em fase final de vida esteja motivada para viver o tempo que lhe resta com qualidade, encarando como crescimento pessoal, sentir conforto e apoio, estar em paz, sentir segurança, ter uma esperança realista, diminuir a ansiedade e sofrimento, aumentar a satisfação, melhorar o controlo sintomático, facilitar a expressão de emoções, sentir-se ouvido, sentir que se preocupam com ele e aumentar a auto-estima. Para o enfermeiro a expressão de empatia no estabelecer de uma relação terapêutica, proporciona um crescimento pessoal, motivação para cuidar, experiência, confiança e prevenção de burnout.

É percebido que as competências comunicacionais que expressam empatia não advêm apenas da experiência, mas devem ser treinadas em contexto académico, para potenciar a capacidade de compreender as necessidades da pessoa, dar respostas adequadas e melhorar a qualidade dos cuidados. Para além disso, os atributos pessoais do enfermeiro, como a simpatia e a uma postura disponível, são facilitadores da expressão de empatia, na relação. Da mesma forma a pessoa em fase final de vida pode ter determinadas características pessoais ou estar em determinada fase de adaptação à doença, que possa exigir do enfermeiro competências acrescidas na prestação de cuidados.

O treino das competências comunicacionais nas escolas e a utilização de escalas para medir o grau de empatia entre pessoa e enfermeiro possibilitariam a optimização da relação.

A relação terapêutica depois de ser estabelecida tem de ser mantida, de forma a manter o equilíbrio, é ao enfermeiro que cabe essa responsabilidade.

A elaboração deste relatório tendo como fio condutor a prática baseada na evidência, proporcionou-me a aquisição de conhecimentos orientadores da prática de cuidados à pessoa em fase final de vida, na medida em que ao estabelecer uma relação, é necessário criar empatia para identificar necessidades, e atingir os objectivos traçados pela equipa. Despertou-me para a necessidade e importância de treinar competências ao nível da comunicação, de forma a facilitar a relação terapêutica, através da empatia.

A temática da empatia é muito vasta, e fundamental para melhorar a relação terapêutica, determinante na qualidade de vida da pessoa e do enfermeiro.

Através das habilidades encontradas, e acima descritas, para captar os sentimentos da pessoa, compreender o utente e explorar o que de mais íntimo existe, ajuda a antecipar cuidados, e promover o bem-estar.

Para os utentes a quem presto cuidados, pelo que verbalizam e pelo que me transmitem de forma não verbal, sentem a minha intervenção como uma ajuda, despertando sentimentos de paz, valorizando o carinho e apoio demonstrado pela atitude de disponibilidade.

O conhecimento agora adquirido teve consequências na prestação de cuidados, sem ele era difícil explorar esse sentir, tinha receio de não utilizar a forma mais correcta e de não estar a ajudar o utente. Antes da realização deste relatório, tentava usar algumas dessas estratégias mas não de forma segura, hoje faço-o com conhecimento, pois foi possível consolidar os conhecimentos. Agora, essas habilidades conhecidas pela revisão sistemática da literatura, são usadas de forma consciente e com intenção. As habilidades têm como objectivo expressar sentimentos, e com esse conhecimento permite clarificá-los e validar se realmente o que sinto e penso está de acordo com a realidade da pessoa.

Na prestação de cuidados os conhecimentos adquiridos, tanto pelo ensino clínico como pela revisão sistemática da literatura, têm sido úteis relativamente aos enfermeiros com quem trabalho no dia-a-dia, pois eles estão atentos às minhas atitudes, e eu estou atenta às suas atitudes, e proponho ajuda com o meu conhecimento, na mudança ou ajuste de habilidades, não fazendo de forma destrutiva, mas sim de forma construtiva.

A partilha de conhecimentos é uma mais-valia para a equipa, por isso é necessário instruir/formar, ao nível da formação em serviço, contribuindo para a melhoria contínua de qualidade. No contexto profissional sempre que possível nas visitas à pessoa em fase final de vida, vai o enfermeiro com mais formação nesta área.

Foi dado início ao “Clube de Leitura”, experiência vivenciada em ensino clínico, em que na reunião multidisciplinar é discutido um artigo científico. Foram incentivados os enfermeiros para a pesquisa em base de dados científicas, através do que transmitia acerca da elaboração do relatório. Foi mostrado interesse pelos profissionais para este tipo de pesquisa, e tem sido possível aplicá-la quando surge alguma dúvida. É meu objectivo fazer um espaço informal onde vou instruir sobre a revisão sistemática da literatura, visto a sua pertinência para a melhoria das práticas.

No domínio da gestão, as competências desenvolvidas em ensino clínico e pela revisão sistemática da literatura, permitiu que na discussão de situações em cuidados paliativos, fosse possível demonstrar conhecimentos nesta área, assim passei a ter o papel de consultora, como por exemplo, por parte da equipa médica em relação à terapêutica de alívio da dor. Detectada esta necessidade, irei propor uma formação em colaboração com médicos especialistas, estando a actuar como enfermeira no domínio da formação.

No domínio da investigação, a fim de dar continuidade à revisão sistemática de literatura realizada, pretendo saber o quão é importante estabelecer uma relação terapêutica, para os enfermeiros e o quanto promove o bem-estar à pessoa em fase final de vida. Assim, é meu objectivo implementar um questionário aos enfermeiros para saber no relacionamento com a pessoa em fase final de vida, o que o enfermeiro atribui maior importância; e um outro questionário à pessoa em fase final de vida, a fim de saber quais os comportamentos que eles esperam do enfermeiro na relação estabelecida. Pretendo depois divulgar os resultados, fornecendo estratégias para melhorar a

qualidade dos cuidados à pessoa em fase final de vida e sua família. A divulgação será realizada no meu local de trabalho, aberto a todos os profissionais de saúde e parceiros nos cuidados do concelho onde exerço a minha actividade profissional e na rádio. Na rádio já foi possível divulgar resultados de investigação na área de cuidados paliativos, colaborando com uma colega.

Nas reuniões multidisciplinares são tomadas decisões, fundamentadas nas aprendizagens, e preferências do utente, que serão respeitadas até ao fim, não esquecendo a integração da família, é dado igual valor às ideias de todos, promovendo um ambiente agradável e favorável à prática.

Os resultados são sempre partilhados e avaliados em equipa. É neste momento que muitas vezes se antecipam os cuidados, a fim de minimizar o sofrimento de todos, profissionais, utente e família, que pode ser a nível físico, psicológico, social e espiritual.

A ideia de conferência familiar também foi partilhada o que permitiu, ao ser implementada, ser uma estratégia de ajuda, com partilha de opiniões e encontro de soluções.

Existe na equipa a preocupação de acompanhamento no luto, que conforme a situação e o apoio que a pessoa tem é assim agendado. O que é realizado toda a equipa faz, mas não existem protocolos, é meu desejo elaborá-los para que efectivamente haja documentação fundamentada que oriente a prática.

Na comunicação com a pessoa em fase final de vida, analiso que existem algumas discrepâncias no meu local de trabalho, pois a técnica é ensinada e treinada, a comunicação também pode ser treinada, mas torna-se mais subjectiva. Nas técnicas de administração de terapêutica subcutânea, foi realizada demonstração e instruídos os colegas, assim como supervisão e avaliação dos cuidados prestados, tendo em conta os recursos existentes. A motivação de todos é importante e penso que está a ser conseguido pela implicação de todos nos cuidados e a aceitação de que cada um tem a sua área de conhecimento específico, pois a equipa está sempre pronta para novos desafios.

A empatia influencia a interpretação que é feita da situação e encoraja a pessoa a expressar e estar à vontade para esclarecer dúvidas. Em fim de vida cada caso é um caso, e muitas vezes têm de ser tomadas decisões no aqui e agora.

Ao integrar uma ECCI, o demonstrar conhecimentos e competências para com os pares, nomeadamente USF, SAD e cuidadores informais, entre outros, fez com que comecemos a constatar que a pessoa com critério para cuidados paliativos é referenciada atempadamente para a nossa equipa, mas mesmo não sendo de forma atempada, sabem que existimos, e há a preocupação em nos pedir ajuda, pois vêem a necessidade de cuidados especializados.

No relatório consta a reflexão sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico em cuidados paliativos, tendo sido atingido o outro objectivo a que me propôs inicialmente, e as competências adquiridas com o mesmo foram aplicadas em contexto profissional.

Ao longo da elaboração deste relatório surgiu uma questão em relação há pergunta PI[C]O, pela revisão sistemática da literatura considerem que a relação terapêutica promove a empatia na pessoa em fase final de vida, mas no meu entender, também pode ser considerado que a empatia promove a relação terapêutica na pessoa em fase final de vida, o que poderia ser um tema para tese de mestrado de enfermagem avançada de natureza académica.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. (2000). **(Des) equilíbrios familiares**. 1ªed. Coimbra. Editora Quarteto.

ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures. Lusociência.

ARAÚJO, M.; da Silva; M.; Francisco, M. (2004). **Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients**. *International Nursing Review*, 51(3), 149-158.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004191295&site=ehost-live>

BARBOSA, A.; NETO, I.G. (2010). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

BARBOSA A.;(2010) Comunicação in **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

BERNARDO et al, (2010) Trabalho em equipa, in **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

BOFF, L. (1999) **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes.

CERQUEIRA, Maria Manuela. (2005) **O cuidador e o doente paliativo**. Coimbra, Formasau.

CHALIFOUR. (2008). **A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanísticos da relação de ajuda**. Loures, Lusodidacta.

COLLIÉRE, M.F. (2003) **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures. Lusociência.

COLLIÉRE, M. F. (1989). **Promover a vida**. Lisboa: LIDEL.

CONSEJERÍA DE SALUD. **Cuidados paliativos domiciliários atención integral al paciente e su familia**. Junta de Andalucía: Documentos de Apoyo. 2003.

COUVREUR, C. (2001). **A qualidade de vida arte para viver no século XXI**. Loures: Lusociência.

Council of Europe. **Recommendation Rec. 24** of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.(2003)

DUBRIN A.(2003) **Fundamentos do comportamento organizacional**, Brasil Thomson.

DIAS, F. N. (2004). **Relações grupais e desenvolvimento humano**. Lisboa: Instituto Piaget.

DECRETO-LEI nº101/2006. “DR I Serie”. 109 (2006-06-06) 3856-3865

EVANS, W., TULSKY, J., BACK, A.; ARNOLD, R. (2006). **Communication at times of transitions: how to help patients cope with loss and re-define hope**. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 12(5), 417-424. Retrieved from EBSCOhost.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17034677&site=ehost-live>

FAVERO, Luciane et al. (2009) **Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira**. Acta Paulista Enfermagem. Nº22.

FREIRE, M. S. (1999). **Comunicação, comportamento humano e empresa**. Portalegre: Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Politécnico de Portalegre. Gráfica Guedelha.

FREITAS, E.M.; FERNANDES, A.C.; OLIVEIRA, D.A.M.; COSTA,R.; REBELO, M.T.S. (2009) **Capacitação do cuidador para prestar cuidados de higiene à pessoa em fim de vida**. Revista Portuguesa de Enfermagem. Outubro/Novembro/Dezembro.

GOLEMAN, D. (1995) **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva.

FINCH L. **Patients' communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors.** *International Journal for Human Caring* [serial online]. December 2006;10(4):14-22. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed September 16, 2011.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009361758&site=ehost-live>

GEORGE, J. (2000). **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

GIMENO, A. (2003). **A família o desafio da diversidade.** Lisboa: Instituto Piaget.

GUYATT, G.; RENNIE, D. (2002). **Users guides: essentials of evidence-based clinical practice.**

HESBEEN, W. (2004). **Cuidar neste mundo.** Chicago, IL: American Medical Association Loures: Editora Lusociência.

HESBEEN, W. (2000). **Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Editora Lusociência.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. (1999). **Sobre a morte e o morrer.** 4ª ed. São Paulo.

KUUPPELOMAKI, M. (2003) Spiritual Support to Terminally: nursing avaluation. *European Journal of Oncology Nursing.*

LAZURE, Hélène (1994) **Viver a relação de ajuda.** Lisboa. Lusodidacta.

MAGALHÃES, J. C. (2009) **Cuidar em fim de vida.** Lisboa. Coisas de ler.

MARQUES, António L.; NETO, Isabel G. (2003) **Dor e cuidados paliativos.** Lisboa, Editora Permanyer.

MARTINS M (2010) **Aliviando o sofrimento. O processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em fase final de vida.** Doutoramento em enfermagem.

MeSH Browser [Em linha][Consultado a 2010.07.28] Disponível em WWW: <URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Dec-Lei nº 161/96: Regulamento do exercício profissional do enfermeiro, “Diário da Republica”, 1ª série, Set 1996.

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2006). Decreto Lei nº 101/06 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República, 1ª série-A*, nº 109, 3856-3865.

MOREIRA, Isabel Maria. (2001) **O doente terminal em contexto familiar**. Coimbra, Formasau.

MOK, E., CHIU, P. (2004). **Nurse-patient relationships in palliative care**. *Journal Of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005024413&site=ehost-live>

NAVALHAS, J. (1999) **Cuidados Continuados: um modelo urgente, Enfermagem: um contributo para a saúde**. nº1. Direcção Geral de Saúde. Núcleo de enfermagem, Abril.

NETO, Isabel ; AITKEN, Helena-Hermine; PALDRÖN, Tsering. (2004) **A dignidade e o sentido da vida**. Cascais, Editora Pergaminho.

NETO, Isabel (2010) **Cuidados Paliativos**. Lisboa, Aletheia Editores.

NEVES, M. C. P., PACHECO, S. (2004). **Para uma ética em enfermagem**. Coimbra: Edição Gráfica de Coimbra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1996). Decreto-Lei nº 161/1996 de 04 de Setembro: Regulamento de exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República*, 1.ª série A, n.º 205, 2959-2962.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista.

PARKER, S., CLAYTON, J., HANCOCK, K., WALDER, S., BUTOW, P., CARRICK, S.;TATTERSALL, M. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain & Symptom Management*.

- PACHECO, Susana.(2002) **Cuidar a pessoa em fase terminal**. Lusociência. Loures
- PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristina. (2005) **O doente oncológico e a sua família**.Lisboa, Climepsi Editores.
- PEREIRA, Maria Amélia, PINTO, Maria Augusta. (2004) **Aspectos do cuidar da pessoa em fim de vida**. Nursing. Nº193. Novembro.
- PEPLAU, H (1990) **Relaciones en enfermería**. Barcelona. Salvat Editores
- PINTO, M; SILVA, M. (2004) **Aspectos do cuidar a pessoa em fim de vida**, nº193. ano 15.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional de cuidados paliativos. Lisboa: DGS, 2005
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. (2005). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- QUERIDO,A. (2004). **Quando um silêncio vale mais que mil palavras**. Nursing. Nº185. Ano 15.
- RISPAIL, D. (2003). **Conhecer-se melhor para melhor cuidar uma abordagem do desenvolvimento em cuidados de enfermagem**. Loures: Lusociência.
- RNCCI, (2009) **Referencial do enfermeiro**. Conselho de enfermagem.
- RNCCI, (2010) **Proposta de revisão de Programa Nacional de Cuidados Paliativos**.
- RODRIGUES IG, ZAGO MMF, CALIRI MH. (2005) **Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil: artigo de revisão**. São Paulo. Mundo da Saúde.
- WELCH M. Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* [serial online]. September 2005;14(3):161-165. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed September 16, 2011.
- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009064114&site=ehost-live>

[SFAP], Colégio de Cuidados de Enfermagem, Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). **Desafios da enfermagem em cuidados paliativos «cuidar»: ética e práticas**. Loures: Lusociência.

SILVA, M.P.J. (2002) **Cuidando com Qualidade, Consciência e Confiança - Reflexões teóricas**. Revista Paulista de Enfermagem.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. (2006). **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de directrizes nesta área**. Cad. Saúde Pública. 22(10).Outubro. pp.2055-2066.

TWYXCROSS, R. (2001). **Cuidados paliativos**. 1ª ed. Lisboa. Climepsi Editores.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). **Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados**. Lisboa: [UMCCI]

WRIGHT, K. (2002). **Caring for the terminally ill: the district nurse's perspective**. British Journal of Nursing (BJN), 11(18), 1180-1185. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003060430&lang=pt-br&site=ehost-live>

WALDOW, V. R. (2004). **O cuidado na saúde, as relações entre o eu o outro e o cosmos**. Petrópolis: Editora Vozes.

WATSON, J. (2002). **Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma de enfermagem**. Loures. Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

Projecto de Estágio

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO DE Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na
Comunidade
2º Ano, 1º Semestre
Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Projecto de estágio

Cuidados Paliativos

A Mestranda

Teresa Nogueira

SANTARÉM

Dezembro 2010

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	3
1– PROJECTO DE ESTÁGIO	7
2– CONCLUSÃO	12
3- BIBLIOGRAFIA	13

0- INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular de Relatório e Estágio de Cuidados Paliativos que teve início a 30 de Novembro de 2010 e terá o seu término a 26 de Março de 2011, integrado no curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade, numa primeira fase ocorre em contexto de observação na Equipa de Suporte Intra-Hospitalar do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira, de 5 de Janeiro a 18 de Fevereiro de 2011 ocorre na Unidade de Assistência Domiciliária do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, por último de 28 de Fevereiro a 26 de Março de 2011 no Hospital Residencial do Mar, na Bobadela.

A Equipa de Suporte Intra-Hospitalar do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira, é constituída por uma equipa multidisciplinar que presta apoio aos doentes oncológicos internados e sua família, referenciados à equipa; faz consultadoria aos profissionais do Hospital e outras instituições no concelho, realiza acompanhamento e atendimento telefónico; e estabelece relações de parceria e estreita colaboração com outros serviços da instituição e da rede de saúde e social de suporte.

O segundo contexto de estágio trata-se da Unidade de Assistência Domiciliária do IPO de Lisboa foi criada a 27 de Fevereiro de 1956 pelo Professor Francisco Gentil, que foi pioneiro na actividade assistencial a doentes oncológicos no domicílio. Esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar que presta cuidados médicos e de enfermagem, a pessoas com doença oncológica em fase avançada, e seus familiares, no domicílio.

O terceiro contexto será no Hospital Residencial do Mar onde tem internamento em Cuidados Paliativos. Tem um âmbito de intervenção vasto, onde se pretende para além de controlar a dor e outros sintomas físicos, aliviar o sofrimento através de apoio psicológico, social e espiritual que os doentes e suas famílias carecem, representando a diferença entre o sofrimento e a dignidade no final de vida.

Este estágio é pautado pelos seguintes pressupostos:

- Intervenção caracterizada por um nível mais elevado de saberes.

- Permitir estabelecer objectivos e formular opções para a acção, baseada na evidência, teoria e investigação.
- Mobilizar a experiência vivenciada enquanto pessoa e/ou profissional.
- Desenvolver uma visão da complexidade da acção de cuidar.
- Fundamentar de forma crítica e reflexiva os fenómenos vividos pelos clientes.
- Promover o desenvolvimento pessoal e do meio visando cuidados de elevada qualidade.
- Fundamentar o processo de cuidar em enfermagem, as questões da complexidade e da intervenção enquanto profissional competente.
- Desenvolver um conhecimento elevado de si próprio para um agir com conhecimento especializado.

Segundo o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004) e a Organização Mundial de Saúde (2002) podemos definir cuidados paliativos, como cuidados activos e integrais, prestados por uma equipa multidisciplinar ao doente e sua família, em situação de doença avançada, incurável e progressiva e/ou com intenso sofrimento, com vista à redução e prevenção do mesmo, procurando atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e estendendo-se ao suporte no luto.

Neste contexto, os objectivos preconizados para este estágio são:

- Analisar situações de saúde em contextos de cuidados paliativos.
- Desenvolver processos de referenciação tecnicamente adequados à situação da pessoa / família em contextos de cuidados paliativos.
- Desenvolver processos de cuidados de Enfermagem a pessoas/família em contextos de cuidados paliativos.

No projecto de estágio que vou elaborar pretendo ir ao encontro destes objectivos e das competências a atingir pelo enfermeiro nesta área.

As competências preconizadas são:

- Demonstrar conhecimentos que permitam maximizar a qualidade de vida da pessoa em situação de doença e ou dependência numa perspectiva transdisciplinar.
- Trabalhar em equipa multidisciplinar em contextos de cuidados paliativos segundo a filosofia e princípios de uma abordagem integrada.
- Utilizar técnicas de comunicação que possibilitem o trabalho com a pessoa/família em situações de maior complexidade.
- Reflectir eticamente nas problemáticas inerentes à prática dos cuidados em contextos de cuidados paliativos.
- Aplicar competências técnicas e humanas na intervenção com a pessoa /família em situação de doença crónica e/ou dependência.
- Mobilizar resultados da investigação com aplicabilidade no âmbito dos cuidados paliativos.

Para ser possível a consecução destas competências é necessário mobilizar conhecimentos acerca de todas as áreas de intervenção, da trajectória do cuidar, e da filosofia e princípios dos cuidados paliativos. Desta forma geral de abordagem integrada no projecto a desenvolver nos três contextos de estágio, houve necessidade de optar por uma área temática para desenvolver o relatório e servir de guia à pesquisa e conduta no estágio. Esta área refere-se ao **contributo do enfermeiro no acompanhamento do prestador informal de cuidados da pessoa em agonia**.

A dimensão paliativa dos cuidados de enfermagem segundo o REPE (decreto-lei nº 161/96), tem por objectivo: “prevenir e avaliar o sofrimento e a angústia das pessoas e participar no seu alívio acompanhando os doentes em fim de vida e os que lhe são próximos.”

Quando o tratamento com intuito curativo não tem resposta, estabelece-se a progressão da doença, com o agravamento do estado de saúde até chegar à deterioração geral, que finaliza com a morte (NETO, 2010).

O período dos últimos dias ou horas de vida é denominado como agonia. Este subgrupo de doentes paliativos em fase terminal necessitam de cuidados específicos, tendo em vista a qualidade de vida até ao fim (NAVARRO, 2008).

Estes cuidados são oferecidos com base nas necessidades e não nos diagnósticos (MARQUES, 2003). O tempo desta fase pode variar dependendo de factores intrínsecos ao doente, de situações relativas à doença, às necessidades e problemas do doente e família (MOREIRA, 2001).

Na agonia são vários os sintomas intensos e multifactoriais que sofrem alterações e provocam impacto em termos emocionais, passando os cuidados a ter o objectivo de proporcionar a maior qualidade de vida possível do doente e família (PEREIRA E LOPES, 2005).

Para PIERRE (2000) citado por PEREIRA e LOPES (2005) a família tende a esconder a tristeza, centra-se no dia da morte, antecipando a saudade, perda e sofrimento futuro. Os familiares, principalmente o cuidador quer passar com o doente o máximo tempo possível, o que pode trazer momentos de ansiedade e até de depressões graves e aparecimento de sentimentos de autoculpabilização.

1 – PROJECTO DE ESTÁGIO

1. Conhecer a estrutura orgânica e o funcionamento dos vários contextos de estágio, evidenciando competências na área da gestão

- Acolhimento pela Enfermeira responsável;
- Conhecer a equipa multidisciplinar;
- Conhecer o papel de cada profissional dentro da equipa;
- Conhecer o horário de funcionamento;
- Conhecer a finalidade e objectivos dos diferentes contextos;
- Conhecer critérios de referenciação para os diferentes contextos;
- Saber como se faz a referenciação para os diferentes contextos;
- Saber se essa referenciação é feita de modo atempado, tendo em conta o estadio da doença de forma a poderem ser planeados e prestados cuidados de qualidade;
- Saber se as equipas conseguem dar resposta a todas as situações que são referenciadas;
- Entender a articulação das equipas com os outros serviços internos e externos às instituições a que estão afectas;
- Conhecer a articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Observação de documentação existente nos diferentes contextos.

2. Aplicar competências humanas no acompanhamento do doente paliativo e familiar/cuidador

- Identificar o familiar/cuidador como parte integrante do cuidar;

- Estabelecer uma relação de confiança com o doente paliativo e familiar/cuidador;
- Identificar a fonte de sofrimento do doente paliativo e familiar/cuidador;
- Facilitar a expressão de sentimentos do doente paliativo e familiar/cuidador;
- Reconhecer as atitudes que promovam a dignidade do doente paliativo.

3. Adquirir competências básicas para comunicar em cuidados paliativos

- Compreender técnicas de comunicação verbal e não verbal;
- Presenciar a comunicação de prognóstico;
- Identificar técnicas de comunicação de prognóstico;
- Identificar características na comunicação com o doente paliativo;
- Identificar características na comunicação com o familiar/cuidador;
- Verificar o Protocolo de Buckman na transmissão de más notícias.

4. Desenvolver processos de cuidados ao doente e familiar/cuidador

- Atender aos princípios éticos no acompanhamento do doente paliativo e familiar/cuidador;
- Demonstrar disponibilidade para o doente paliativo e familiar/cuidador;
- Manifestar apoio psico-emocional ao doente paliativo e familiar/cuidador;
- Respeitar as crenças do doente paliativo e familiar/cuidador;
- Conhecer o acompanhamento realizado pela equipa no processo de luto;
- Conhecer as actuações da equipa nas intercorrências que não tenham sido previstas.

5. Compreender a intervenção da equipa na fase de Agonia

- Realizar pesquisa bibliográfica;
- Conhecer a forma como a equipa realiza a antecipação de situações perante o familiar/cuidador e o doente em agonia;
- Conhecer o papel da equipa no controlo sintomático;
- Compreender a preparação realizada pela equipa junto do familiar/cuidador para o momento final de vida;
- Compreender o apoio psico-emocional disponibilizado ao familiar/cuidador e ao doente em agonia;
- Compreender características da fase agónica.

6. Aprofundar competências técnicas

- Conhecer a especificidade do tratamento de lesões oncológicas, numa abordagem multidisciplinar;
- Colaborar com o enfermeiro no tratamento de feridas crónicas;
- Realizar pesquisa bibliográfica;
- Aplicar a técnica de hipodermoclise;
- Manusear a DIB.

7. Compreender o papel dos diferentes profissionais na conferência familiar/reunião de grupo

- Perceber a dinâmica da conferência familiar/reunião de grupo;
- Entender o papel de cada profissional na conferência familiar/reunião de grupo;
- Conhecer a integração do doente e do familiar/cuidador realizada pelos profissionais, na conferência familiar/reunião de grupo.

8. Conhecer o contributo da Equipa para a investigação em Enfermagem.;

- Conhecer trabalhos de investigação realizados pela Equipa;
- Contribuir com conhecimentos baseados na evidência.

9. Desenvolver competências no controlo dos principais sintomas do doente paliativo

- Realizar pesquisa bibliográfica;
- Aplicar escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS);
- Conhecer os principais sintomas no doente paliativo;
- Compreender o papel da equipa no controlo sintomático.

10. Conhecer as estratégias de prevenção de burnout usadas nos diferentes contextos

- Estar atenta à forma de estar dos profissionais e ao seu funcionamento em equipa;
- Questionar acerca de actividades não integradas no horário de funcionamento.

2 – CONCLUSÃO

Com este projecto pretendo conhecer o trabalho realizado nos diferentes contextos de cuidados paliativos, o que será uma mais valia na medida em poderei dar informação acerca dos diversos recursos existentes na comunidade. Também no meu local de trabalho saberei transmitir informação acerca dos contextos, e em alguns deles temos, ou poderemos vir a ter doentes em comum.

Pretendo também praticar algumas técnicas, e de forma mais específica contribuir para aprofundar o tema acerca do contributo do enfermeiro no acompanhamento ao prestador informal de cuidados do doente em agonia.

Cuidar de um doente em fim de vida é uma tarefa exigente, que pode trazer consequências negativas para o cuidador informal, afectando a capacidade de cuidar.

É papel do enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, estar atento às necessidades do cuidador informal. Estas podem ser emocionais, psicológicas, espirituais, económicas e necessidade de informação. Ao se satisfazer as necessidades do cuidador informal, este sente-se mais seguro nos cuidados a prestar, e com maior capacidade para dar suporte ao doente.

3 – BIBLIOGRAFIA

1. BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça, i.g. (2010), **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
2. MARQUES, António L.; NETO, Isabel G. (2003) **Dor e cuidados paliativos**. Lisboa, Editora Permanyer.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). Dec-Lei nº 161/96: **Regulamento do exercício profissional do enfermeiro**. “Diário da Republica”, 1ª série.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Direcção geral de saúde. **Programa nacional de cuidados paliativos**. Lisboa
5. MOREIRA, Isabel Maria. (2001) **O doente terminal em contexto familiar**. Coimbra, Formasau.
6. PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristina. (2005) **O doente oncológico e a sua família**. Lisboa, Climepsi Editores.
7. PORTA, J.; BATISTE, GÓMEZ X.; TUCA, A. (2008) **Manual control de sintomas en pacientes com câncer avanzado y terminal**. Espanha, Arán Ediciones.

ANEXO II

Análise de artigo apresentado em ensino clínico

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
CURSO DE Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na
Comunidade
2º Ano, 1º Semestre
Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Journal Club
“Supporting informal carers of dying
patients: the district nurse’s role”

A Mestranda

Teresa Nogueira

SANTARÉM

Fevereiro 2011

ÍNDICE

<i>0 – Introdução</i>	3
<i>1– <u>Resumo:</u> “Supporting informal carers of dying patients:the district nurse’s role”</i>	4
<i>2– Conclusão</i>	7
<i>3- Bibliografia</i>	9

0 – Introdução

O “journal club” pode definir-se como uma reunião informal periódica, onde um grupo de pessoas se junta para avaliar criticamente artigos científicos. Estes encontros são habitualmente organizados em torno de um tema definido em pesquisa básica ou aplicada. A aplicação da prática baseada na evidência pode ser facilitada pelo “journal club”. Deve fazer-se um resumo do artigo ou artigos e depois cada participante pode expressar a sua opinião, relativa a várias questões. Pode haver uma discussão de como os resultados são úteis, que podem levar a novas pesquisas ou novas aplicações. (in http://en.wikipedia.org/wiki/Journal_club)

*Foi feita a pesquisa de artigos científicos publicados em texto integral entre 2007 e 2011, utilizando as seguintes palavras-chave: **Nurs* AND Palliative Care AND Support AND Family**. Com a utilização deste método foram revistos 34 artigos em texto integral e destes foi seleccionado um tendo em conta a sua pertinência para o tema que pretendo desenvolver na unidade curricular, estágio e relatório: **contributo do enfermeiro no acompanhamento do prestador informal de cuidados do doente em agonia**.*

1 – Resumo: “Supporting informal carers of dying patients:the district nurse’s role”

Este artigo recorre à revisão sistemática da literatura, dando contributos sobre o papel do enfermeiro no apoio aos cuidadores informais de doentes que desejam morrer em casa. No entanto, segundo o autor a informação deste artigo aplica-se a qualquer contexto de cuidados paliativos.

Para Eyre (2010) citando Allen et al (2006) a forma como o enfermeiro vai lidar com o cuidador informal vai depender de circunstâncias pessoais deste, da cultura, do suporte social, da experiência de vida, conhecimentos e acesso aos profissionais e serviços.

O enfermeiro apoia os cuidadores na promoção de conforto ao doente, na atenção às necessidades do cuidador, fazendo uso da comunicação, aconselha e fornece informações, ensina aspectos práticos do cuidar e planeia antecipadamente as necessidades, com articulação com serviços e profissionais adequados quando for oportuno. Para a consecução deste apoio é necessário estabelecer uma relação de confiança entre cuidador informal e enfermeiro.

O cuidador necessita de acompanhamento permanente, de modo a que o seu papel seja valorizado.

Muitas vezes o cuidador coloca as necessidades do doente à frente das suas, e tem dificuldade em expressar os seus sentimentos. O enfermeiro deve incentivar para que o cuidador informal seja honesto e revele as suas necessidades, pois a falta de informação pode por em causa a relação estabelecida com o cuidador informal.

O cuidador informal pode solicitar ao enfermeiro que a informação não seja revelada ao doente, o que poderia distanciar o doente da unidade de cuidados, pelo contrário, o diálogo profundo e sincero, pode ajudar a evitar mal-entendidos. Também não se deve presumir que o cuidador informal será incapaz de compreender ou lidar

com a informação. O enfermeiro deve de estar preparado para transmitir assuntos mais difíceis, quando denota que o cuidador informal está preparado.

À medida que a doença vai progredindo o cuidador informal tem necessidade de mais informação sobre o que pode ocorrer nos últimos dias de vida.

Esta informação deve ser transmitida com honestidade, compreensão, sensibilidade e empatia, com equilíbrio entre o realismo e a esperança, escolhendo a hora e o sítio certos.

O comunicar com o cuidador informal a aproximação da morte dá tempo para que o mesmo se prepare, caso não aconteça o cuidador informal perde a confiança na equipa de cuidados, gerando sentimentos de insatisfação e aumento das necessidades espirituais. Qualquer falha na preparação e transmissão de informação pode levar a sofrimento duradouro dos cuidadores informais.

Para o cuidador, nos últimos dias de vida é importante que o doente mantenha os sintomas controlados, em que o conforto e a dignidade sejam uma prioridade. Assim, é importante que o cuidador informal se sinta habilitado a participar no planeamento e execução dos cuidados, devendo o enfermeiro avaliar se o cuidador se está a envolver sem que se sinta desconfortável, por sentimentos de recusa ou ansiedade.

Os cuidados antecipatórios permitem que o cuidador informal esteja preparado e com o controlo da situação. A relação desenvolvida com o cuidador informal é fundamental para o sucesso das intervenções de enfermagem, no entanto nem todas as crises podem ser antecipadas de forma a serem evitadas.

Uma outra forma de ajudar o cuidador informal a sentir-se confiante é através do apoio dos profissionais fora das horas de assistência, através de um call-center onde constam os dados acerca do doente e do prognóstico. Através de um plano de atendimento integral e disponibilização de meios adequados é possível controlar sintomas de forma eficiente no domicílio.

O cuidador informal tem necessidades emocionais, psicológicas e espirituais, que com a aproximação da morte se acentuam. O apoio emocional permite ao cuidador familiar expressar os seus sentimentos, preocupações, crenças e desejos.

O apoio psicológico adequado nesta fase leva a uma melhor vivência na fase do luto, daqui advém a necessidade do enfermeiro desenvolver competências de comunicação e aconselhamento, demonstrando disponibilidade, empatia e escuta activa.

O enfermeiro deve ter em conta o papel da religião e da espiritualidade. A crença religiosa pode levar a diversas práticas no momento da morte.

A Gold Standards Framework é uma ferramenta para os cuidados paliativos oncológicos, que foi também introduzida no Reino Unido para cuidar de doentes terminais não-oncológicos. Esta ferramenta é composta por sete Cs, sendo que o sexto dá enfoque ao apoio ao cuidador informal, pode ser aplicada durante a prestação de cuidados paliativos e até depois da morte. A elaboração de registos e a realização regular de reuniões para traçar um plano de cuidados, de forma a se antecipar as situações, trazem uma mais valia para a unidade de cuidados.

O sétimo C da Gold Standards Framework que se refere aos cuidados relacionados com a aproximação da morte, remete para um plano de assistência estruturado como o Liverpool Care Pathway. Este pode considerar-se um modelo que deve ser usado pela equipa multidisciplinar para melhorar o apoio ao cuidador informal e doente nos últimos dias de vida. Ao cuidador informal deve ser informado a aproximação da morte e os cuidados que advêm deste momento, e explicar a retirada de tratamento que possa ser desnecessário.

A enfermeira generalista deve estar atenta a estas situações e encaminhar quando há necessidade de cuidados especializados.

Do apoio que a enfermeira dá ao cuidador familiar é também necessário reflectir sobre essa experiência, e também partilhar com a equipa de forma a melhorar as práticas.

2 – Conclusão

O cuidador informal é uma ajuda fundamental na prestação de cuidados, é visto para muitos autores como uma extensão dos enfermeiros, estes estabelecem uma parceria, no entanto também necessitam de cuidados, e são os principais responsáveis por os doentes poderem manter-se no domicílio, no seu contexto natural.

Devido às exigências que emergem da sua tarefa, é necessário dar apoio ao cuidador informal do doente em fase final de vida. Neste processo é fundamental a constituição de uma relação de confiança, em que os cuidadores não se sentem abandonados no processo de cuidar.

Nesta relação constata-se que as competências de comunicação do enfermeiro, permitem ajudar o cuidador informal a exprimir os seus sentimentos, dúvidas e ansiedades, possibilitando ao enfermeiro saber quais as necessidades, aconselhar e em conjunto traçarem um plano, a fim de lidar melhor com a situação.

Foi possível constatar que na Unidade de Assistência Domiciliária (UAD) do IPO de Lisboa, o estabelecer desta relação de confiança é o pilar de toda a intervenção, com o esforço dos profissionais para acompanhar da melhor forma o cuidador informal.

Este artigo para além da importância que dá à comunicação também preconiza o uso de ferramentas que permitem orientar os cuidados, e esta é mais uma vez uma preocupação da UAD do IPO de Lisboa. A Gold Standards Framework e o Liverpool Care Pathway, não estão a ser usados enquanto ferramentas pois não estão validadas em Portugal, no entanto, os seus conteúdos podem servir de guias para a actuação perante o cuidador informal e doente em cuidados paliativos.

3 – Bibliografia

1. Eyre, S. (2010). Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. *Nursing Standard*, 24(22), 43-48. Retrieved from EBSCOhost.

[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010569725
&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010569725&site=ehost-live)

ANEXO III

Apresentação de sessão de ensino sobre cuidados à boca

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA NA COMUNIDADE
Estágio-Relatório Cuidados Paliativos
Hospital Residencial do Mar

CUIDADOS À BOCA

BOCA

- Importância na comunicação e interação social.
- Alterações podem gerar perturbações psicológicas que podem causar sentimentos de exclusão, diminuição da auto-estima e levar a isolamento social.
- Boa higiene é fundamental para manter a boca íntegra, pelo contrário pode causar dor, alterações do paladar, e redução da ingestão que pode levar a perda de peso.

OBJECTIVOS DOS CUIDADOS COM A BOCA

- Manter a mucosa e lábios húmidos, íntegros, limpos e suaves.
- Eliminar a placa bacteriana e restos de alimentos: prevenir infecções.
- Prevenir complicações.
- Prevenir a dor.
- Evitar o isolamento social.

AVALIAÇÃO

- A saber:
 - Problemas estomatológicos anteriores
 - Dor
 - Secura
 - Anorexia
 - Dismastia

- Disfagia
- Disfonia
- Alterações do paladar
- Terapêutica
- Tratamentos (cirurgia, QT, RT)

Exame:

- Boca: lábios, dentes, gengivas, palatos
- Peças dentárias ou próteses dentárias

Registrar

Trabalho em equipa multidisciplinar

CUIDADOS GERAIS

- Higiene da boca 4 x dia (depois das refeições e ao deitar).
- Usar escova de dentes suave, compressas ou esponja (dentes e língua).
- Limpar os lábios delicadamente e aplicar batom do cieiro ou creme hidratante.
- Remover próteses dentárias e escovar com escova dura sob água corrente e produtos adequados.
- Mergulhar as próteses dentárias em soluções de hipoclorito de sódio a 1% ou soluções de clorhexidina durante a noite.
- Verificar a integridade das próteses e o seu ajuste.
- Inspeção regular da boca, pelos clientes e profissionais de saúde.
- Comunicar qualquer alteração como dor, fissura ou eritema.
- Ingerir proteínas e vitaminas.
- Evitar bebidas gaseificadas e bebidas com cafeína.
- Evitar estímulos dolorosos, como alimentos quentes ou frios, condimentos, bebidas alcoólicas e o tabaco.

PRODUTOS DE HIGIENE ORAL

- Água: promove boa higiene mas não remove bactérias.
- Água estéril: tão eficaz quanto a clorhexidina na prevenção de mucosite.
- Clorhexidina 0,2%: antibacteriano, antifúngico (compete com a nistatina) e combate a formação de placas, usar de 12/12h, diluir em água(50/50), pode alterar o paladar e exacerbar a dor, em presença de lesões.
- Bicarbonato de sódio: sabor desagradável, pode ser irritante.
- Peróxido de hidrogénio: antimicrobiano, sabor pouco agradável, pode causar sensação de queimadura, deve usar-se diluído.
- Pasta dentífrica e elixires fluoretados, sem álcool.

PRINCIPAIS PROBLEMAS DA BOCA

- Xerostomia
- Sialorreia
- Mucosite
- Halitose

XEROSTOMIA

- Boca seca devido a diminuição da produção de saliva pelas glândulas salivares, pode variar em quantidade e viscosidade.

XEROSTOMIA – Cuidados

- Hidratação oral: sumos de fruta ácida (estimula a produção de saliva), infusões (citrinos e maçã), cubos de gelo de ananás, água com gotas de limão e gelatina.
- Beber chá de camomila (efeito calmante) com limão.
- Molhar a boca com líquido antes de comer.
- Mastigar frutas ácidas.
- Evitar comidas picantes ou salgadas (evita o ardor).
- Evitar alimentos secos (farináceos, bolos secos).
- Comer rebuçados e mascar pastilhas com xylitol, sem açúcar e de frutas ácidas.

- Mascar parafina sólida.
- Providenciar uma dieta mole e atractiva.
- Uso de saliva artificial.
- Limpar as secreções das narinas para evitar respirar pela boca.
- Na agonia borrifar a boca com água e azeite.
- Aplicação de ¼ de comprimido efervescente de Vitamina C na língua até 3x/d (A utilização de soluções ácidas por períodos longos pode prejudicar o esmalte dentário, usado também na limpeza da língua seborreica).

SIALORREIA

- Excesso de saliva por:

Incapacidade de deglutição da saliva produzida.

Aumento da produção de saliva, devido por exemplo a doenças neuromusculares, fármacos, ou tumores cerebrais.

SIALORREIA – Cuidados

- Evitar estimulantes da produção salival.

MUCOSITE

- Mucosite: inflamação aguda com destruição da mucosa oral e rede vascular, que se manifesta por soluções de continuidade (úlceras) provocadas por descamação do epitélio oral, da faringe e do esófago.

MUCOSITE - Cuidados

- Adaptação da dieta: Consistência, baixa temperatura, pouco ácida e salgada.
- Analgesia antes das refeições.
- Elixir para refrescar a boca e diminuir a dor, pode ser chá de camomila, TANTUM verde, ou solução de nistatina para evitar a infecção fúngica.
- Em caso de hemorragia: 50% de água oxigenada e 50% de soro fisiológico.
- Em caso de aftas lavar com antisséptico: clorhexidina oral, evitar os alimentos condimentados, picantes, ácidos ou salgados e chupar cubos de gelo.

HALITOSE

- Mau hálito.
- Pode ser devido a cuidados de higiene deficitários ou boca com placas ou crostas.

HALITOSE - Cuidados

- Usar uma solução de : soro fisiológico, água oxigenada, bicarbonato de sódio e água (não deve engolir).
- A solução de clorhexidina a 2% ou betadine solução oral evita a formação de placas e controla a halitose.
- Evitar ingerir cebola e alho.
- Fazer refeições de 3 em 3 horas.
- Hidratação oral.

Gestos simples permitem prevenir ou detectar precocemente problemas da boca.

Gestos simples maximizam a auto-estima e o bem-estar, promovendo a interacção com os outros e a qualidade de vida.

Gestos que devem atender às necessidades do cliente e família.

BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, A; NETO, I.G. (2006) **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- CAWLEY, Margaret M.; BENSON, Laura M. (2005) **Current Trends in Managing Oral Mucositis**. Clinical journal of oncology nursing. Vol. 9. Nº 5.
- FEIO, M; Sapeta, Paula (2005) **Xerostomia em Cuidados Paliativos**. Acta Médica Portuguesa. Nº 18
- ÓHRN, K.E.O; WAHLIN Y.B.; SJÖDÉN P.O. (2000) **Oral Care in Cancer Nursing**. European Journal of cancer care. Nº9.
- BIBLIOGRAFIA
- ROHR, Yvonne; ADAMS, Jon; YOUNG Lindy (2010) **Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients**. International Journal of Palliative Nursing. Vol 16. Nº 9.
- SECPAL . www.secpal.com
- TWYLCROSS, Robert (2003), **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa. Climepsi Editores.

ANEXO IV

Formulação da pergunta PI[C]O

Formulação da pergunta PI[C]O

<u>Participantes</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Comparações</u>	<u>Outcomes</u>	<u>Palavras-chave</u>
Quem foi estudado? Pessoa em fase final de vida	O que foi feito? Empatia	Podem existir ou não? –	Resultados/Efeitos ou consequências Promover a relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Nurs*• Empathy• Terminal Care• Palliative Care

ANEXO V

Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com conjugação dos descritores

Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com conjugação dos descritores de forma isolada

CINHAL	Sem filtro cronológico e sem full text	Filtro cronológico 2000-2011 e full text
Nurs*	158447	34421
Empathy	1599	522
Terminal Care	283	46
Palliative Care	13733	6629
Total de artigos	174062	41618

Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com conjugação dos descritores 3 a 3

CINHAL	Sem filtro cronológico e sem full text	Filtro cronológico 2000-2011 e full text
Nurs*, Empathy, Terminal Care	3	2
Nurs*, Empathy, Palliative Care	9	4
Empathy, Terminal Care, Palliative Care	0	0
Terminal Care, Palliative Care, Nurs*	69	26
Total de artigos	81	32

Artigos obtidos em pesquisa na EBSCO com conjugação dos descritores 2 a 2

CINHAL	Sem filtro cronológico e sem full text	Filtro cronológico 2000-2011 e full text
Nurs*, Empathy	793	169
Nurs*, Terminal Care	19	17
Nurs*, Palliative Care	3596	1811
Empathy, Terminal Care	3	2
Empathy, Palliative Care	36	10
Terminal Care, Palliative Care	189	73
Total de artigos	4636	2082

ANEXO VI

Crêterios de inclusão e exclusão na selec o de artigos

Critérios de inclusão e exclusão na selecção dos artigos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none">• Artigos relacionados com a problemática da importância da empatia no estabelecer de uma relação com a pessoa em fase final de vida	<ul style="list-style-type: none">• Artigos não relacionados com o objecto de estudo: Artigos referentes a crianças em fase final de vida• Artigos referentes a empatia na terapia familiar• Artigos referentes a criar empatia entre doente e familiares• Artigos referentes a Intimidade e empatia• Artigos referentes a fase final de vida de patologias específicas
<ul style="list-style-type: none">• Artigos de língua portuguesa ou inglesa	
<ul style="list-style-type: none">• Estudos recentes	

ANEXO VII

Características dos estudos incluídos no estudo da temática

Análise do artigo “Patients' communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors”

<i>Estudo</i>	Patients' communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors Finch L , 2006	
<i>Participantes</i>	100 utentes de várias faixas etárias	
<i>Intervenções</i>	Recolha de dados através de entrevista semi-estruturada, tendo como base os seguintes instrumentos Patient Demographic Characteristics, Health Communication Interview e Nurse-Patient Relationship Communication Assessment Tool	
<i>Resultado</i>	<p>A comunicação entre enfermeiro e utente é um processo compartilhado que constitui a base da relação profissional que é fundamental para melhorar o atendimento ao utente influenciando os resultados.</p> <p>A Avaliação da Comunicação Enfermeiro-Paciente reconheceu que este modelo de comunicação relacional, é composto pelas seguintes dimensões: calma, conforto, carinho, interesse, sinceridade, aceitação e respeito. As respostas ao questionário identificaram que os utentes esperam que as enfermeiras transmitam empatia solidária, simpatia, profissionalismo, competência, escuta e honestidade/sinceridade.</p>	
<i>Nº de Artigo 3</i>	<i>Nível de Evidência – V</i>	<i>Tipo de Estudo – Qualitativo</i>

Análise do artigo “Pivotal moments in the therapeutic relationship”

<i>Estudo</i>	Pivotal moments in the therapeutic relationship Welch M, 2005	
<i>Participantes</i>	6 enfermeiros	
<i>Intervenções</i>	Recolha de dados através de duas entrevistas semi-estruturadas, realizadas em momentos diferentes.	
<i>Resultado</i>	<p>A relação interpessoal entre um enfermeiro e um utente permite um crescimento a nível psicológico, emocional, cognitivo e comportamental. Características que agem no sentido de formar e sustentar um complexo sistema, que é em si terapêutico.</p> <p>Para Li (2004), que realizou um estudo em cuidados paliativos, há um elemento de 'gentileza simbiótica', que é sustentado por uma partilha de experiências e uma noção de reciprocidade de ajuda terapêutica.</p> <p>O traço comum das abordagens e experiências descritas pelos enfermeiros que foram entrevistados, é a relação humana, o reconhecimento, a humildade e a empatia.</p> <p>O estudo destaca a confiança e o domínio que os enfermeiros experientes demonstram no uso de suas personalidades de forma terapêutica. Os principais factores que concorrem para uma relação terapêutica de qualidade são: a confiança, reciprocidade, poder, auto-revelação, congruência, e autenticidade. Esta não é, contudo, uma total transparência de si mas sim um ato reflexivo, aberto e escolhido para trazer, o modelo de empatia em acção.</p> <p>A centralidade do momento de empatia na relação terapêutica é, do ponto de vista dos enfermeiros entrevistados, de importância crucial. Pode ser o pivô sobre o qual tudo o resto assenta.</p>	
<i>Nº de Artigo 5</i>	<i>Nível de Evidência – V</i>	<i>Tipo de Estudo – Qualitativo</i>

Análise do artigo “Communication at times of transitions: how to help patients cope with loss and re-define hope”

<i>Estudo</i>	Communication at times of transitions: how to help patients cope with loss and re-define hope Evans, W., Tulsky, J., Back, A., & Arnold, R., 2006	
<i>Participantes</i>	_____	
<i>Intervenções</i>	Revisão sistemática da literatura	
<i>Resultado</i>	<p>Quando os utentes lidam com perdas anteriores, e com as emoções negativas associadas a essas perdas, eles, são capazes de redefinir a esperança, encontrando-a em outros resultados. Discutir preocupações e mostrar empatia ajuda os utentes a lidar com as emoções negativas e perdas.</p> <p>As siglas SOLER e NURSE podem ser usadas para representar os aspectos não-verbal e verbal da empatia, respectivamente. Os elementos de empatia não-verbal envolvem o uso da postura corporal para transmitir interesse pelo utente e relaxamento. S (squarely) olhar directamente para o rosto do utente indica o interesse na sua história; O (open), postura corporal de forma a mostrar interesse pelo utente; L (lean) inclinar-se de forma a mostrar intimidade e flexibilidade em direcção à posição do utente; E (eye contact) contacto visual para mostrar que presta atenção; R (relaxed) manter uma postura corporal relaxada para diminuir a ansiedade do utente. A empatia verbal N (name) nome da emoção, U (understand) compreender a emoção, R (respect) respeitar e elogiar o utente, S (support) apoiar o utente, E (explore) explorar a emoção.</p> <p>O factor-chave na resposta à emoção verbal não é tanto estar correcta na determinação do tipo de emoção que expressa, mas sim reconhecer que a emoção está presente.</p>	
<i>Nº de Artigo</i> 6	<i>Nível de Evidência</i> – I	<i>Tipo de Estudo</i> – Revisão Sistemática da Literatura

Análise do artigo “Nurse-patient relationships in palliative care”

<i>Estudo</i>	Nurse-patient relationships in palliative care Mok, E., & Chiu, P., 2004	
<i>Participantes</i>	10 enfermeiros e 10 doentes terminais	
<i>Intervenções</i>	Entrevista aberta, não estruturada	
<i>Resultado</i>	<p>A relação enfermeiro-utente é considerada o alicerce em cuidados paliativos. Com destaque para o importante papel dos enfermeiros na ajuda à pessoa em fase final de vida a encarar a iminência da morte. As bases essenciais para uma relação terapêutica são: confiança, empatia, autenticidade, iniciativa, responsabilidade, mutualidade, sincronia, e intencionalidade em se relacionar.</p> <p>A relação enfermeiro-utente vai além de sentar, escutar e falar. O utente não só quer falar, mas também se encontra com o enfermeiro de uma forma íntima e privada. O relacionamento exige ter consciência e interpretação cognitiva complexa, de afectos e comportamentos, assim o enfermeiro tem de estar capacitado para comunicar deliberadamente para atingir os objectivos terapêuticos.</p> <p>Quando o utente fala de forma superficial e não expressa as suas emoções, isso indica que não quis revelar os seus sentimentos íntimos. Não quer dizer que rejeite o enfermeiro, quer dizer é que não está preparado para revelar os seus sentimentos e sofrimentos. Temos de aceitar o seu ritmo, em vez de forçá-lo a falar.</p> <p>Quando o enfermeiro respondeu às necessidades de um utente de forma confiável, é estabelecida uma relação de confiança.</p> <p>Foram encontrados quatro temas no desenvolvimento de uma relação de confiança: (1) compreensão das necessidades do utente; (2) exibição de atitudes carinho, (3) fornecer cuidados holísticos e (4) actuar como advogado do utente.</p> <p>Uma relação emocional é um conceito relacional importante que simboliza uma partilha de sentimentos, empatia, amizade e apoio entre pessoas. A relação emocional é mediada através do cuidado para com o utente. Atender e responder às necessidades e desejos do utente através de atitudes e acções parece oferecer as bases para um relacionamento viável, pois as palavras podem ser substituídas por acções.</p> <p>A relação de confiança melhorou o estado físico e emocional dos utentes, mas também facilitou a sua adaptação à doença, a encontrar sentido na vida, a diminuir o sofrimento, e proporcionou o máximo conforto aos utentes, sentindo paz e segurança, aliviou a dor e poderia, em última análise levar a uma experiência de boa morte. Na ausência de uma relação de confiança, os objectivos comuns eram difíceis de alcançar.</p>	
<i>Nº de Artigo</i> 9	<i>Nível de Evidência</i> – V	<i>Tipo de Estudo</i> – Qualitativo

Análise do artigo: “Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients”

<i>Estudo</i>	Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients de Araujo, M., da Silva, M., & Francisco, M., 2004	
<i>Participantes</i>	14 enfermeiros da Unidade de Hematologia	
<i>Intervenções</i>	Entrevista semi-estruturada	
<i>Resultado</i>	Neste estudo os enfermeiros entrevistados realçaram a importância do enfermeiro ter um alto grau de equilíbrio emocional, de forma a ajudar da melhor forma os utentes que estão morrendo, caso contrário seus próprios sentimentos e conflitos pessoais iriam interferir com a qualidade dos cuidados. Estes enfermeiros que acompanham os doentes em fase final de vida, querem para além dos conhecimentos técnicos e científicos, percebem que têm de desenvolver habilidades de comunicação, de forma a terem mais capacidade para compreender as necessidades do utente, visando melhorar os cuidados humanos e facilitar a transmissão de informação e orientações. A empatia sentida com os doentes em fase final de vida, revela a essência da profissão de enfermagem: capacidade de se identificar com o sofrimento de outras pessoas e estar disponível para ajudar. Essa empatia leva a que o enfermeiro transcenda o papel já exigente de procedimentos de enfermagem, para prestar conforto e solidariedade à pessoa em fase final de vida.	
<i>Nº de Artigo</i> 10	<i>Nível de Evidência – V</i>	<i>Tipo de Estudo – Qualitativo</i>

ANEXO VIII

Promoção da empatia na relação terapêutica

Intervenientes na relação

Comunicação	Verbal	Não-verbal	<i>Ganhos para a pessoa</i>	
<p>Pessoa em fase final de vida: expressa a emoção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Medo ♦ Preocupado ♦ Triste ♦ Desanimado ♦ "Não consigo lidar com a situação" 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Suspirar ♦ Chorar ♦ Agitado ♦ Evitar contacto visual 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Motivação para viver ♦ Crescimento pessoal ♦ Confiança ♦ Sentimento de conforto e de apoio ♦ Estar em paz/boa morte ♦ Segurança ♦ Esperança realista ♦ Diminuição da ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Aumento da satisfação ♦ Melhor controlo sintomático ♦ Facilidade em expressar as emoções ♦ Sentir-se ouvida ♦ Sentir que se preocupam com ela ♦ Alívio do sofrimento ♦ Aumento da auto-estima
<p>Enfermeiro: responde de forma empática</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Nomear ▸ Compreender ▸ Respeitar ▸ Apoiar ▸ Explorar/Analisar ▸ Tom de voz terno 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Gestos de solidariedade ▸ Olhar directamente ▸ Toque ▸ Escuta ▸ Silêncio ▸ Postura corporal e facial relaxada ▸ Sorrir e fazer sorrir 	<p style="text-align: center;"><i>Ganhos para o enfermeiro</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Crescimento pessoal ▸ Motivação para cuidar <ul style="list-style-type: none"> ▸ Experiência ▸ Confiança ▸ Prevenção de burnout 	