

A Relação Terapêutica contribui para a Qualidade de Vida da Pessoa em Fim de Vida

Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade

Ana Isabel Carvalho da Severina

Orientadora:
Professora Pires Rosa

Co-orientador:
Professor Doutor José Amendoeira

“O destino do nosso tempo, que se caracteriza pela racionalização, pela intelectualização e, sobretudo, pelo ‘desencantamento do mundo’ levou os homens a banirem da vida pública os valores supremos e mais sublimes.”

Max Weber

RESUMO

O Relatório realizado divide-se em duas partes, sendo a primeira sobre a análise das competências em Enfermagem adquiridas em ensino clínico, no que refere à prestação de cuidados paliativos, no domínio da responsabilidade profissional, visando a melhoria contínua da qualidade, com base na gestão dos cuidados, bem como no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A segunda parte tem como objectivo conhecer o contributo das intervenções terapêuticas na qualidade de vida das pessoas em fim de vida. Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PI[C]O, sendo seleccionado um artigo.

Assim, através da análise crítica do artigo seleccionado, verificou-se a importância efectiva da relação terapêutica e a sua contribuição na qualidade de vida da pessoa em fim de vida, realçando que é necessário trabalhar e desenvolver estratégias de relacionamento interpessoal e com isso efectivar a comunicação entre enfermeiro e pessoa, pois o processo de comunicação terapêutica deve ser priorizado como intervenção de enfermagem relevante e essencial.

Palavras - Chave: Cuidados Paliativos, Relação Terapêutica, Qualidade de Vida

ABSTRACT

The report made divided into two parts, the first on the analysis of skills acquired in nursing clinical education, as regards the provision of palliative care in the field of professional responsibility, aimed at continuous quality improvement, based on managed care, as well as the development of professional learning.

The second part aims to understand the contribution of therapeutic interventions on quality of life for people in end of life, as a starting point for the systematic literature review was formulated research question in the format of PI [C] O, and selected a article.

Thus, through critical analysis of the selected item, there was the importance of effective therapeutic relationship and its contribution to the quality of life of the person to life, highlighting the need to work and develop strategies for interpersonal relationships and thereby effecting communication between nurse and person, because the process of therapeutic communication should be prioritized as a nursing intervention relevant and essential.

Keywords: Palliative Care, Therapeutic Relationship, Quality of life

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	7
1. APRENDIZAGENS DECORRENTES DO ENSINO CLINICO EM CUIDADOS PALIATIVOS	10
2. CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	28
2.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON	28
2.1.2 A PESSOA EM FIM DE VIDA	33
2.1.3 QUALIDADE DE VIDA	34
2.1.4 RELAÇÃO TERAPEUTICA	37
3. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	40
4. CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO – RELAÇÃO TERAPEUTICA COMO CONTRIBUTO PARA A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA EM FIM DE VIDA	42
5. CONCLUSÕES	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	
Anexo nº 1 - Projecto de Ensino Clínico	68
Anexo nº 2 – Instrução de Trabalho (Escala de Edmonton)	98
Anexo nº3 – Poster Algoritmo Controlo da Dor (OMS)	102
Anexo nº4 - Enquadramento Conceptual	104
Anexo nº 5 - Protocolo de Pesquisa e Selecção de Artigos	106
Anexo nº 6 - Caracterização dos Artigos Seleccionados	108

CHAVE DE ABREVIATURAS

f.º - Folha

n.º - Número

p.º - Página

Vol. - Volume

CHAVE DE SIGLAS

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

IASP – International Association for the Study of Pain

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SFACP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Cuidar da pessoa em fim de vida, requer o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de que o objectivo dos cuidados não é o de curar, mas o de cuidar.

Watson (2002) enfatiza as dimensões morais e éticas do cuidar o Human Care (cuidar humano) um processo entre seres humanos, que implica um compromisso moral de protecção a dignidade humana e preservação da própria humanidade. Nesta perspectiva do cuidar está implícito um grande respeito pela vida humana, pela sua autonomia e liberdade de escolha.

O cuidar em enfermagem relaciona-se com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde / doença e com a interacção pessoa / ambiente e implica uma interacção entre duas pessoas em que ambas se envolvem e se influenciam positivamente (Watson, 1985:58).

O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que edifica uma relação mais íntima com a pessoa e a família, não só por permanecer nos serviços durante um período mais longo, mas também porque presta cuidados mais directos. Possui uma posição privilegiada na medida em que é a pessoa que, regra geral, conhece melhor o outro, o seu contexto familiar, económico e sócio-cultural, tendo uma maior possibilidade de identificação das necessidades específicas e da resposta mais adequada.

Os cuidados paliativos são “prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida”

(Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Conselho Nacional de Oncologia, 2004, p.7).

Os enfermeiros são, muitas vezes, os interlocutores que mais próximos se tornam da pessoa, naturalmente extravasando as suas competências estritamente profissionais para criarem laços de amizade, baseada na confidencialidade, no respeito, na benevolência e na solicitude que devem sempre servir de norma orientadora da relação com o doente (Osswald, 1999, adaptado por Silva, 2006).

Por isso, não raramente, no decorrer da prática quotidiana, o enfermeiro é confrontado com situações delicadas que exigem um elevado sentido ético e, que se repercutem na sua intervenção, no processo de cuidados, leva a que todos os artigos do Código Deontológico do Enfermeiro devam ser tidos em consideração, sobretudo os que se relacionam com os valores humanos, os do direito à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado, que preconizam o respeito pela intimidade e a humanização dos cuidados (Burla, 2002).

Ariés (1989, adaptado por Magalhães, 2009, p.31), comunga do princípio de que “a humanização da morte, humaniza a vida. Por isso, atender à morte é atender à vida; aprender a morrer é aprender a viver e é na dimensão ética da morte que a morte adquire também sentido na vida dos homens”.

Não esgotando a premissa, de que o cuidado à pessoa em fim de vida deve ir ao encontro das suas necessidades físicas, psicossociais e, espiritual, de forma a possibilitar que o processo de morte prossiga o seu percurso, de forma natural, encaminhando-se para um fim digno e sereno, afere-se que este trabalho de pesquisa em bases científicas pretende ressaltar a importância da relação terapêutica, como intervenção estratégica do enfermeiro, no âmbito da pessoa em fim de vida.

Sendo que, um dos factores impulsionadores do sucesso da equipa de Enfermagem é a forma como os mesmos se relacionam com as pessoas. A união enfermeiro/pessoa tem como alicerce a relação de quem cuida e de quem é cuidado, aproximando-os para que a enfermagem possa

compreender a experiência da pessoa, tendo uma visão holística acerca do atendimento no processo saúde/doença.

Uma comunicação saudável faz com que a pessoa veja o profissional de enfermagem como alguém capaz de ajudá-lo em todos os momentos, além de possibilitar uma recuperação mais rápida para a pessoa. Segundo Furegato (1999), “todo o contacto que a enfermagem tem com o paciente deveria ser terapêutico isso implica em ajudar o paciente no momento em que ele necessita de cuidados profissionais do enfermeiro e sua equipa”.

Desta forma, torna-se justificativa a necessidade da análise desta problemática, no sentido de se explorar as intervenções que permitam contribuir para a qualidade de vida à pessoa em fim de vida e inserida no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade, regulamentado pelo decreto-lei n.º 107/2008, o qual integra no seu plano de estudos, o Estágio e Relatório, como Unidade Curricular, do 2º Ano, 1º Semestre, na sequência do desenvolvimento do processo formativo iniciado no 1º Semestre, como continuidade das aprendizagens ocorridas no 1º Ano, 2º Semestre, no contexto dos cuidados paliativos.

Assim, definiu-se como objectivo:

- Analisar as competências desenvolvidas no Ensino Clínico em cuidados paliativos;
- Reflectir a relação terapêutica na intervenção de Enfermagem como contributo para a qualidade de vida na pessoa em fim de vida.

Seguidamente, será apresentada a conceptualização da temática, a metodologia desenvolvida no decorrer do processo reflexivo de pesquisa, para se poderem estabelecer relações e definir quais os contributos deste mesmo percurso na compreensão da temática.

1. APRENDIZAGENS DECORRENTES DO ENSINO CLINICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

O acompanhamento à pessoa em fim de vida foi tradicionalmente dirigido para a morte, era mais importante ocupar-se da alma do que dos cuidados ao corpo. Esta concepção de cuidar do “moribundo” foi dando lugar ao cuidar “da pessoa em fim de vida”, isto é, acompanhar em vida, dar importância a tudo o que altere ou perturbe a qualidade de vida que lhe resta (GOMES, 2010).

“Acompanhar (...) é percorrer uma parte de um caminho ao lado de alguém até um destino cuja natureza desconhecemos. Não se trata de lhe propor percorrermos o caminho no seu lugar” (RAVEZ, 1998, adaptado por SFACP, 1999, p.87). Assim, o acompanhamento define-se em função do que engloba da relação entre os enfermeiros e a pessoa em fim de vida: uma competência profissional, uma escuta respeitadora e uma comunicação verdadeira com a pessoa (SFACP, 1999).

Ao enfermeiro cabe-lhe, um papel decisivo no apoio e acompanhamento a facultar à pessoa durante todo o processo de morrer, pelo que se torna fundamental que seja capaz de demonstrar a sua disponibilidade para ajudar (PACHECO, 2006).

O Código Deontológico do Enfermeiro (LEI N.º111/2009), dedica um artigo especificamente aos deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal (artigo 87º), preconizando que, o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal,

pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Neste sentido, após elaboração do projecto de ensino clínico em CP, tendo uma das áreas específicas de intervenção a Dimensão Ética e Comunicação Terapêutica, foram definidas algumas actividades, de forma a, conhecer os princípios éticos (o princípio da beneficência; o princípio da não-maleficência; o respeito pela autonomia; justiça, vulnerabilidade e dignidade humana), bioéticos e legais, assentando os mesmos na análise de assuntos inerentes aos pilares dos Cuidados Paliativos (CP), reconhecendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões da pessoa e familiares/cuidador principal.

Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio são virtudes essenciais para a prática de cuidados humanizados. Todos os momentos devem ser acompanhados com compaixão humanidade e atenção às necessidades da pessoa. Em muitos momentos é difícil encontrar palavras de conforto, embora nem sempre seja necessário dizê-las. A simples presença pode significar tanto ou mais do que muitas palavras e o facto de o enfermeiro demonstrar a sua solidariedade é muitas vezes o suficiente (PACHECO, 2006).

O cuidado é mais que uma conduta, ou uma realização de tarefas, pois envolve a compreensão exacta dos aspectos da saúde e a relação interpessoal entre enfermeiro e cliente (DECESARO, 1999).

Compreender o paradigma paliativo carece de uma sensibilidade e experiência inimaginável, dotada da certeza que as nossas acções tornarão, inevitavelmente, o percurso de outro saudável, ou patológico. Talvez, não numa óptica de cura, contudo dirigida à qualidade e dignidade inerente a cada ser humano.

Armelin (2000) relata que “a enfermagem pode facilitar o aumento da auto-estima do paciente, através da comunicação terapêutica”. Lucena e Góes (1999) e Tigulini e Melo (2002) definem “a comunicação como sendo a principal característica para o relacionamento humano, e para que ocorra desta maneira a enfermagem deve estar consciente do seu papel nesse

processo que exige além de procedimentos técnicos, escuta e atenção adequada”.

Watson (2009), salienta “a prática de ouvir o outro que as enfermeiras são essenciais no cuidado, pois, por muitas vezes, evidenciou-se na dinâmica de cuidar as enfermeiras darem voz aos clientes, propondo-se a ouvi-los naquilo que os afligia, respondendo com palavras que os confortavam. Tais cuidados configuram-se como verdadeiras técnicas de tratamento e cura mesmo de um mal que, via de regra, não se diagnostica nos hospitais e consultórios, qual seja, a solidão e a falta de companhia e de ter alguém para conversar.”

Perceber o outro no momento presente, é uma forma de respeito e compreensão. O cliente que se submete a uma relação de ajuda não-directiva pode adquirir maior congruência, ou seja, comportamentos e atitudes mais adequados ao contexto e que sejam satisfatórios para si e para os outros. (Ramos e tal, 2009).

Ao Enfermeiro cabe o papel impar de tornar cada dia como uma oportunidade, acreditando que se for o último, a pessoa sentirá o respeito e paz que mereceu.

Na abordagem do Homem, a componente espiritual é parte integrante da sua globalidade e unicidade, sendo muito importante para quem cuida. Twycross (2001:53) refere que a espiritualidade não se limita a uma dimensão discreta da condição humana neste mundo, mas sim à vida na sua globalidade, uma vez que a dimensão espiritual abrange e integra as dimensões físicas, psicológicas e sociais do Homem. Para este autor a pessoa em fim de vida encontra-se em esforço permanente para integrar a própria vida na perspectiva das questões supremas ligando a sua espiritualidade ao significado e finalidade da vida, à interligação e harmonia com as outras pessoas, com a Terra e com o Universo, tentando ainda estabelecer uma correcta relação com Deus/realidade última.

“...o fim natural da minha vida, a minha morte é para mim, como ser consciente, o mais importante acontecimento da minha vida; é por ser finita, por ser limitada no tempo, que a vida individual tem o grande valor que todos lhe atribuímos. Viver um tempo limitado é um desafio grandioso, orienta os nossos desejos e as nossas escolhas, faz-nos correr para uma meta que não vemos mas que sabemos, de certeza

certa, que está lá nesse ponto sem retorno, nessa fronteira invisível entre o estar vivo e o estar morto.”

Daniel Serrão citado por Pereira e Lopes (2002:59).

Segundo Twycross (2001), aqueles que se aproximam do fim da vida sentem, habitualmente, um aumento ou uma renovação das suas necessidades de: afirmação e aceitação; perdão e reconciliação; descoberta do significado e direcção, necessitando muitas vezes de auxílio espiritual e procurando respostas para o significado do sofrimento e da dor, para o seu sistema de valores, para o significado da vida, para os seus sentimentos de culpa e para a procura de Deus e da vida depois da morte.

A proximidade da morte gera, uma maior procura de suporte psico-afectivo. Esta fase é encarada como uma altura em que “não há nada a fazer”, porém há sempre alguma coisa a fazer, como seja: assegurar o controlo dos sintomas, diminuindo o sofrimento dos doentes, tentando que eles vivam com “plenitude” os seus últimos dias ou meses de vida e tenham uma morte serena e digna. Como refere Portela e Neto (1999:75)...”dor e sofrimento não são pertença de ninguém, a não ser daqueles que sofrem; e para estes, há que conjugar esforços e encontrar soluções que permitam que a tão apregoada qualidade de vida não seja uma palavra vã”.

O direito de morrer com dignidade implica que todos os outros sejam válidos e cumpridos. Morrer com dignidade, é manter até ao fim a sua identidade, de ser único que é, é ser tido em consideração por aqueles que o rodeiam e não ser abandonado ao destino que lhe está reservado, numa solidão imensa e profunda.

Os cuidados paliativos centram-se na pessoa e não na doença e têm como objectivo proporcionar apoio e cuidados às pessoas na última fase da vida, aliviando os sintomas com tratamentos cuja finalidade exclusiva consiste em promover o conforto da pessoa.

Estendem-se muito para além do controlo de sintomas, procurando dar resposta às necessidades não só físicas, mas também psicológicas, sociais e espirituais. Procuram assim dar a melhor qualidade de vida possível, ao doente e respectiva família. Existe boa qualidade de vida quando as aspirações do indivíduo são atingidas e preenchidas pela sua situação actual (Calman 1984, citado por Pereira e Lopes 2002:58).

Os cuidados paliativos representam, a capacidade de reconhecer a finitude do ser humano, bem como a tomada de consciência de que quando a sua cura já não é possível é importante admitir que o tratamento da doença deve ser inflectido para acções terapêuticas que aliviem os sintomas. Passa então a ser prioritário “cuidar” a pessoa em fim de vida e aliviar os seus sintomas, assim como cuidar das famílias que lhe presta os cuidados informais. Sendo este, o objectivo primário do meu ensino clínico, bem como, deste relatório.

A este propósito, Jean Watson (citada por Hesbeen, 2000) procede a uma separação entre dois aspectos do cuidar que se acredita encontrarem-se irremediavelmente associados, a que chamou o essencial e o acessório dos cuidados de enfermagem:

- a essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal da enfermeira e do paciente com vista a produzir neste um resultado terapêutico;

- o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados ... utilizados pelas enfermeiras (Hesbeen, 2000, p.64).

Todo o empenho dos cuidados paliativos é orientado para o cuidar; dar atenção à pessoa, tratar os seus sintomas, aliviar o sofrimento, proporcionar conforto e serenidade.

Continuam a ser necessários tratamentos e cuidados específicos no sentido de proporcionar qualidade de vida na fase terminal – ajuda na higiene e conforto, na alimentação, administração de medicação destinada ao alívio de sintomas físicos (ex: dor, neurológicos, cardio - respiratórios, digestivos, infecções cutâneas e outros) e a prevenção de complicações que muitas vezes resultam devido à imobilidade (por exemplo, úlceras de pressão). À medida que a doença evolui outros cuidados adquirem uma importância acrescida: pessoa protegida de barulho e de agitação quando a fadiga se intensifica, beneficiar de uma presença atenta e amiga quando o isolamento se torna difícil de suportar (Pacheco, 2001).

Os aspectos psicossociais, similarmente, são de extrema importância. Baseiam-se na comunicação e informação a pessoa e família,

no respeito pela vontade da pessoa, valorizando a sua ansiedade e depressão e no acompanhamento permanente. Pacheco (2001:107) citando Polaino-Lorente (1994) afirma que as necessidades emocionais das pessoas que cuidamos são as mesmas de sempre, só que talvez mais intensificadas pelos acontecimentos que está vivendo agora.

Existem ainda outros artigos do Código Deontológico do Enfermeiro que devem ser tidos em conta, sobretudo aqueles que se relacionam com os valores Humanos, os direitos à vida, à qualidade de vida e o direito ao cuidado, que preconizam o respeito pela intimidade e a humanização dos cuidados.

Iniciei um projecto de estágio, certa que todas as experiências nos tornam naquilo que somos, moldando, inúmeras vezes, uma crença incutida. Tendo por base, algumas práticas e vivências do meu contexto profissional, bem como, as competências transversais aos Enfermeiros especialistas.

Realizei o meu Ensino Clínico em dois contextos de Cuidados Paliativos.

No contexto onde trabalho, tenho consciência que acções paliativas nos avigoramos para serem realidade, mas afirmava Aristóteles que «o homem, para viver isolado, só se for um bruto ou um Deus. Homem não é de certeza».

Neste sentido, fazia todo o sentido, para mim, enquanto pessoa e profissional, dotar-me de uma experiencia especializada nesta temática, por sentir indispensabilidade de compreender as necessidades e sentimentos da pessoa em fim de vida e como as minhas intervenções poderiam contribuir para a sua qualidade de vida.

Desenvolvi um Projecto do Ensino Clínico (Anexo I) baseando-me nas competências transversais aos Enfermeiros Especialistas, com a finalidade de definir as minhas prioridades e finalidades de aprendizagem no campo de estágio, como supra citado.

De entre as diversas áreas de intervenção do Enfermeiro, saliento a Ética, Bioética e o Fim de Vida, (Artigo 8.º Exercício profissional dos enfermeiros 1 – No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão

adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos), tendo como estratégias o reconhecer os princípios éticos, bioéticos e legais; acolhe a princípios éticos, normas deontológicas e leis da profissão, na tomada de decisão; aplicar os princípios éticos e legais na análise de assuntos inerentes aos CP, reconhecendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões das pessoas e familiares/cuidador; respeitar a pessoa como um todo, valorizando as perspectivas e desejos da pessoa e sua família/cuidador, responsabilidade na prática de cuidados à pessoa, família/cuidador; fomentar a relação terapêutica com base nas competências transversais do Enfermeiro Especialista nesta área, bem como, a Qualidade Cuidados, como contributo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Duas áreas de particular interesse, colaterais a qualquer dimensão do cuidar.

O estágio decorrente, proporcionou-me, em termos teórico-práticas, a aplicação destas dimensões e a aquisição das competências descritas, dos pilares e filosofia dos CP e a sua efectiva importância no acto de cuidar e o contributo para a qualidade de vida da pessoa e família.

A relação terapêutica entre enfermeiro e a pessoa é estabelecida e desenvolvida durante a prestação de cuidados de enfermagem. Forma-se um laço de confiança especial. Como resultado dessa aliança, os aspectos relacionados com a vida e a morte podem ser explorados de forma única. Ao lidar com a morte e o morrer, os enfermeiros frequentemente encontram pessoas e famílias que se debatem com a problemática existencial acerca do significado e propósito da vida. Reconhecer essa luta interior é um elemento chave da enfermagem em Cuidados Paliativos. No entanto, a insegurança devido à falta de formação relativa aos métodos de abordagem da dimensão espiritual, pode destruir a relação e perder-se para sempre esse momento único e especial.

Neste sentido, foi com expectativa que presenciei as «passagens de turno», onde a equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e assistente espiritual) se sentavam na mesma mesa, partilhando a sua experiência desse dia, o que sentiam, o que desejavam, os medos e o que, em conjunto, poderiam realizar para proporcionar mais

aquela pessoa/família. Todos, sem excepção, falavam, principalmente, compartilhavam. A comunicação, o tempo e a humanidade do enfermeiro são as ferramentas básicas necessárias para estabelecer uma relação terapêutica continuamente aprofundadas e desenvolvidas com formação específica no âmbito de uma equipa multidisciplinar “Percebo o que os enfermeiros queriam diziam. A comunicação deles para comigo era simples, breve e clara (...) (pessoa A)”.

A pertinência de explorar esta temática da Ética, Qualidade de Vida e o contributo da Relação Terapêutica para a pessoa, surge de um interesse pessoal, contudo, mais aprimorado após o Ensino Clínico, onde a teoria e a prática se conciliam e possibilitam a quem por lá passa uma perspectiva existente da filosofia inerente aos CP, focalizando, ainda mais, a minha necessidade de desenvolver uma pesquisa científica nestas áreas e indo de encontro às Competências transversais do Enfermeiro Especialista.

Visto, os cuidados paliativos, terem como filosofia dar prioridade à autonomia e conforto da pessoa, no seu dia a dia. Mas, quando a doença adopta um decurso progressivo e irreversível, esgotadas que são as possibilidades médicas de recuperação total ou parcial, o objectivo é proporcionar cuidados multidisciplinares.

Como profissional, igualmente, como pessoa; dotava-me a persistência em compreender «até onde chega a nossa palavra?», «qual a projecção das nossas intervenções?», «o que possa praticar para contribuir para a qualidade de vida da pessoa?»...

Watson (2002) refere que “cuidar é o ideal moral da Enfermagem, pelo que o seu objectivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas competências”.

O sentido último da interacção entre enfermeiro e a pessoa é o aprofundar e o aperfeiçoar da relação, que se pretende que seja “terapêutica” para o doente, ajudando-o e apoiando-o nas suas necessidades afectadas (Saraiva, 2002). “Os enfermeiros, aqui, estão sempre presentes a tentarem perceber-me, o que eu dizia. Estão sempre presentes, sempre que era necessário”. (Pessoa A).

“Os enfermeiros estão sempre perto de mim e ouvem-me (...)”.
(Pessoa B) “Sentam-se ao meu lado a falar comigo daquilo que eu precisava de falar e têm tempo para mim (...)”(Pessoa B).

O processo comunicacional interactivo entre enfermeiro e pessoa deve iniciar-se logo no acolhimento da pessoa, durante a realização da história clínica de enfermagem (avaliação inicial), essencialmente, através de interacções verbais, não verbais (postura corporal, gestos, mímicas...) e inter-influências. É durante a realização desta entrevista de acolhimento que o enfermeiro obtém informações que lhe permitem identificar as necessidades da pessoa e, posteriormente, pôr em prática um plano individualizado de intervenções para dar resposta a essas necessidades afectadas.

Nesta linha de pensamento, Amendoeira (1999) refere que o estatuto que a sociedade ainda atribui muitas vezes aos enfermeiros é a de meros auxiliares do médico, bastando ser-se dedicado e carinhoso, para que seja considerado competente. Acrescenta ainda que, apesar de termos a percepção das nossas capacidades, qualificações e competências que desenvolvemos, temos dificuldade em assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade. Será que este facto não é o reflexo das rotinas instituídas?

Em oposição a esta situação, o enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa, afasta-se do trabalho realizado por tarefas, devendo o plano de cuidados deste modo tornar-se num momento de ligação entre a pessoa e o enfermeiro que pretende prestar cuidados de qualidade e fazê-lo de maneira relativamente autónoma.

O meu interesse fulcral pela relação terapêutica como forma de intervenção, em prol da ajuda ao outro, existe desde há muito tempo. Este interesse radica em convicções pessoais e profissionais.

Enquanto ser humano, sei o que significa sentir a presença de outra pessoa em momentos conturbados.

Esse pessoa pode até ser um estranho, contudo, se a sua presença é sentida como autêntica, os seus efeitos são notáveis. No contexto profissional, aprendi com as pessoas que o que está em causa numa situação

de doença, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana, uma história de vida.

Aqui, assumem papéis de destaque os profissionais de saúde.

Através do Ensino Clínico em Cuidados Paliativos, no contacto com os pares, percebi a dimensão colossal das intervenções com finalidade terapêutica, a diferença na experiência humana no acto de cuidar. Um toque, um olhar, uma palavra num momento fragilizado, um sorriso...Essa relação não deve ser subestimada e necessita para o seu desenvolvimento de muitas horas de dedicação. Só o tempo permite a criação de uma relação de confiança e confiança. Só o tempo permite que aflore a verdadeira história do doente.

Os conceitos de confiança, confiar e fidedignidade, e os de confortar e conforto, surgem articulados na literatura numa lógica de antecedente-consequente “para promover o conforto o enfermeiro tem que inspirar confiança” (Watson, 2002: 129).

A literatura em enfermagem sobre o confortar fala-nos da importância de estar presente ao cliente e de pro-activamente demonstrar estar disponível para ele a fim de confortá-lo (Bottorff, 1999; Oliveira, 2005). Contudo, a presença da enfermeira à pessoa é condição necessária para a existência duma experiência prévia entre ambos. E sendo essa uma presença para oferecer ajuda e demonstrar disponibilidade, poder-se-à supor que essa experiência, é uma experiência prévia positiva. A mesma contribui para que a pessoa percepcione o interesse da enfermeira que está com ele para oferecer ajuda, revelando-se empenhada num seu bem valorizado, o conforto. Estas são condições antecedentes para ser percebida como fidedigna e para confortar.

Dizer que a confiança é frágil e sujeita a limitação no tempo e espaço, e isto quer expressar que existe, por um lado a possibilidade de surgir quebra na confiança, e por outro lado, que quem confia num dado momento, fá-lo com base na experiência passada, acreditando na consistência do comportamento futuro da enfermeira. E é por isto que a fidedignidade é a convicção da fidelidade de alguém, com base não na conjectura ou suposição, mas em factos derivados de experiência anterior

com essa pessoa. Esta convicção surge “com o decorrer de sucessivas interacções – que permitem actualizar a informação sobre a fidedignidade do outro” (Hudson, 2004: 82).

Quando uma pessoa na situação de dependência e vulnerabilidade acrescida a construção de laços de confiança entre a enfermeira e a pessoa, me refere a sua inquietude sobre a morte e procura o meu conforto, revela a particular importância quer no vivificar, quer na retro alimentação da própria confiança. O partilhar sendo uma forma de relação terapêutica, beneficia assim da confiança previamente construída.

A partilha de informação fundamenta esta relação, na necessidade, muitas vezes por mim presenciada, do ouvir, escutar os seus medos e desejos.

No decorrer do ensino clínico pude presenciar os enfermeiros escolherem o momento mais conveniente em função da hora, do dia e do estado da pessoa para recolher ou comunicar as informações necessárias (apropriada ao tempo e às circunstâncias). Os enfermeiros também estiveram em condições de aprender qualquer incompreensão ou qualquer emoção que surgiu durante o processo comunicativo com a pessoa que pudesse modificar o curso do diálogo, adaptando a sua forma de comunicar (adaptável às reacções e necessidades da pessoa).

A enfermagem é considerada como um processo interpessoal, situação que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado é um acto humanístico e não mecânico. “A prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se assim num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam” (Hesbeen, 2000, p.102).

Numa fase inicial, de integração do Ensino Clínico, alguns colegas manifestaram a necessidade da existência de uma equipa multidisciplinar, onde cada um pudesse «ocupar o seu lugar» de forma a que o conjunto de competências dos diferentes profissionais contribuissem para a qualidade de cuidados prestados. Por outro lado, ao existir um sentimento de confiança mútua entre os elementos da equipa multidisciplinar, a comunicação é um pilar onde essa confiança assenta. Assim, partindo do pressuposto de que

não há vida sem comunicação e sem relação, no trabalho em equipa o processo de comunicação tem um contexto próprio que é fundamental para o relacionamento e que influencia a manutenção ou deterioração do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, os cuidados às pessoas.

Verbalizando, igualmente, que a equipa era jovem e seria necessário algum trabalho protocolar, que ainda era insuficiente. Após, o dialogo com os elementos da equipa e Enfermeira Chefe, e sendo a equipa de Enfermagem o foco central da prestação de cuidados, tendo que adoptar uma complacência para interceder em todos os campos de acção, foi desenvolvido, no que refere à Qualidade de Cuidados, a realização de uma Instrução de Trabalho, com o respectivo impresso alusivo à aplicação da Escala de Edmonton (Anexo nºII) e de um Poster com o Algoritmo da Dor (OE) (Anexo nºIII).

Visando as Competências transversais aos Enfermeiros Especialistas, emergiu uma urgência na compreensão e diligência no respeito pelos quatro pilares dos CP. Acções paliativas podem ser praticadas, autonomamente; os CP sugerem uma dinamica centralizada na pessoa e familia, com a participação e colaboração da equipa multidisciplinar. Assim, no decorrer deste relatório, centrar-me-ei, fundamentalmente, num dos contextos, visto ser uma Instituição consolidada, acreditada, constituída por uma equipa multidisciplinar.

O *saber ser* e o *saber estar* de um enfermeiro reflecte-se na sua prestação de cuidados e na relação que estabelece com as pessoas; de igual modo o *ser* e *estar* com outros enfermeiros numa mesma equipa, além de se reflectir no relacionamento entre os seus elementos, também se reflecte na relação que a equipa estabelece com os destinatários dos seus cuidados. Na verdade humanizar e preservar as relações entre os membros da equipa de enfermagem é um meio de melhorar a humanização e personalização dos cuidados que prestamos às pessoas.

Também Jean Watson (2002, p. 59) reafirma o cuidar enquanto valor, dizendo que “A identificação e reconhecimento do valor do cuidar vem em primeiro lugar e pressupõe o verdadeiro cuidar”. O cuidar é tido em conta como um “ideal moral”, na medida em que “envolve uma filosofia de

compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade.”

O cuidado, objectivo da prática da enfermagem, desenvolve-se no encontro com o outro, sendo facilmente reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano, isto é, o nascimento, a doença e a morte. Precisa, no entanto, ser sentido, assumido e exercitado no dia-a-dia da Enfermagem para evitar que sua prática se torne mecânica, impessoal e até desumana.

O enfermeiro pode desenvolver e valorizar a capacidade de escuta como atitude essencial ao estabelecimento de uma comunicação eficaz, que estará na base de uma verdadeira relação terapêutica.

Na realidade, embora esta seja uma das actividades mais importantes no desempenho da nossa profissão, nem sempre se investe o necessário para a tornar uma realidade e uma prática corrente dos enfermeiros.

Nesta perspectiva encontra-se Jean Watson, autora da Teoria de Enfermagem, que promoveu o cuidado transpessoal, publicada em 1979, o qual atribui à enfermagem a necessidade de construção de um sistema humanístico de valores para sustentar a construção da ciência do cuidado. Portanto, o cuidado holístico fundamental à prática da enfermagem, deve buscar mais conexões do que separações entre as partes que compõem o ser; necessita associar o conhecimento científico a factores de cuidado que derivem da perspectiva humanística, ressaltando a transcendência ao mundo emocional e subjectivo da pessoa como rota para o ser interior e seu sentido mais alto. Destaca ainda a formação de relacionamentos pessoa a pessoa.

São dez os factores básicos de cuidado propostos por Watson como estruturantes da ciência do cuidado: formação de um sistema de valores humanista-altruísta; instalação da fé/esperança; cultivo da sensibilidade do *self* próprio e alheio; desenvolvimento de uma relação de ajuda/confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisões; promoção do ensino-aprendizagem impessoal; provisão de um ambiente de apoio, protecção e/ou de neutralização mental, física, sócio-

cultural e espiritual; assistência com a gratificação das necessidades humanas e permissão de forças fenomenológico-existenciais.

Quando Watson propõe a promoção e a aceitação de sentimentos positivos e negativos como factor de cuidado para melhorar a comunicação entre as pessoas, refere-se à abertura que a enfermagem deve proporcionar à colocação dos pensamentos e/ou sentimentos da pessoa. Assim sendo, procurava aproximar-me do olhar da pessoa e estimular a expressão do que sentiam ou pensavam. A abertura inicial, geralmente, era dada por mim nesta interação, mas normalmente um único estímulo de atenção e demonstração de interesse bastava para a conversa fluir, emergindo dúvidas, desabafos e indicações das necessidades de auxílio. Durante a comunicação verbal, os intervenientes poderão só trocar olhares de vez em quando, no entanto segundo as pessoas, os enfermeiros mantinham sempre o contacto visual, de tal forma que conseguiam receber a mensagem e dar feedback eficazmente. De realçar que a expressão facial dos enfermeiros pode transmitir estímulos positivos ou negativos para a pessoa, pelo que, os enfermeiros poderão esforçar-se por serem congruentes, tendo sempre presentes princípios como a sinceridade e a honestidade. “A Enfermeira olhou para mim, para as minhas expressões, para saberem o que eu estava a sentir no momento, por vezes tinha dores, outras vezes estava triste por estar assim, (...)”.Outras vezes tocavam na minha mão, na minha cabeça, no meu braço enquanto falava comigo e sorria” (Pessoa A).

Desta forma desenvolvia-se uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança, a qual é apontada por Watson como um dos melhores instrumentos da enfermeira para garantir uma relação harmoniosa e cuidadosa. Há pessoas que cuida, que referem um sorriso, a congruência e o calor como características para o alcance da ajuda-confiança, “A Enfermeira simpática”.

O comportamento não verbal do enfermeiro será a primeira fase para o estabelecimento de uma relação terapêutica, pela riqueza de sinais não verbais emitidos.

A pessoa ao perceber estes sinais sentir-se-á ou não mais apoiado e capaz de se envolver na relação, revelar as suas necessidades,

facultando assim ao enfermeiro uma via para implementar estratégias de ajuda. Como refere Collière (1989):

para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem as pessoas que procuram cuidados, é necessário reaprender a ver e reaprender a ver consiste em reaprender a comunicação não verbal; é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo fâcies, o penteado, o traje, a postura, bem como os sinais do seu meio social, do espaço em que se situa (p. 246).

As conferências familiares são, igualmente, um método de interação entre a pessoa, família e profissionais de saúde, de forma a otimizar a qualidade dos cuidados prestados. No decorrer do Ensino Clínico assisti a quatro Conferências Familiares, sendo uma perspectiva positiva no meu percurso de aprendizagem, podendo verificar a importância destes instrumentos, que fazem a grande diferença na qualidade do cuidar. Ao longo do tempo percebi que as famílias me procuravam como referência de segurança.

Além do comprometimento em estabelecer o seu equilíbrio vital, a Enfermagem deve considerar a necessidade de cuidados quanto ao desequilíbrio psicológico, mais do que isso, deve respeitar a condição da pessoa. Para isso recorri ao factor de cuidado que Watson denomina de Aceitação das forças existenciais fenomenológicas. Nessa vivência desafiei as minhas limitações, procurando resgatar o sentido da vida, e a sua significação nos momentos difíceis tanto para mim, quanto para as pessoas.

Segundo Watson é necessário que a enfermeira compreenda o significado que a pessoa dá à própria vida e/ou que a auxilie a encontrar sentidos nos acontecimentos penosos; a fim de que isso seja possível, ela mesma deve voltar-se para seu próprio interior e conhecer suas indagações existenciais.

No desenvolvimento do processo terapêutico existem técnicas de comunicação que facilitam a interação enfermeiro/pessoa. Através da observação e verbalização, a utilização de uma técnica de comunicação terapêutica, defendida por alguns autores como Riley (2004) e Stefanelli (2005c), que é a clarificação e a validação. A validação tem importância fundamental na verificação da compreensão das informações e orientações dadas às pessoas pelos enfermeiros. Os enfermeiros ao pedirem informação

adicional e repetição da mensagem às pessoas de forma a compreenderem a mensagem recebida evitam o risco de fazer interpretações erradas e revelam interesse e atenção para com as pessoas.

A teoria de Watson auxiliou-me na medida em que propõe factores fundamentais de cuidado que serviram de base em minha actuação neste propósito. Este relatório foi vivenciado por meio da aplicabilidade dos pressupostos da Teoria. Considerando que os resultados dessa experiência não podem ser quantificados devido a sua complexidade, procurei transmiti-los com objectividade, embora a subjectivização dos acontecimentos apreendidos e aqui narrados incluam necessariamente a representação de um real permeado pelos sentimentos de quem os viveu.

No decorrer do Ensino Clínico, em momento algum precisei desconceituar a suma importância dos procedimentos técnicos nas actividades da enfermagem para a qualidade do serviço e para desenvolver o cuidado. Pelo contrário, acredito, isso sim, na indispensabilidade de aliarmos a competência humanística à técnico-científica, por isso parti da lógica de que a segunda acompanha as intervenções de enfermagem e a primeira engloba tudo em si mesmo.

Desta forma, expor o relato de situações em que foi possível ir além desses e perseguir o cuidado de enfermagem integral, alcançando esferas que ultrapassam o aparente. Efectivamente, determinadas situações permitiram uma mudança favorável no bem-estar da pessoa e das suas famílias, bem como meu crescimento profissional.

Basear-me no estabelecimento de uma relação afectiva com a pessoa para promover a humanização do seu cuidado, algumas vezes, trouxe-me o sentimento de estar envolvida com uma integralidade que qualifica o atendimento, não só pelo carinho e sensibilidade enquanto profissional com a situação da pessoa, mas também pela real garantia de um contributo efectivo para a qualidade de vida da pessoa.

No decorrer destas experiências, senti a necessidade de analisar os acontecimentos, inclusive de perceber dois contextos de ensino idênticos, mas sem o serem. Muitas vezes, devido à realidade quotidiana em que se constroem as práticas de enfermagem, o investimento na humanização do

preparo profissional - com alternativas como o autoconhecimento por exemplo torna-se uma alternativa válida, porém insuficiente.

Pelo que ao longo do estágio pretendi desenvolver uma prática reflexiva na prestação de cuidados, aproveitando vários momentos de aprendizagem, tais como, o seminário na escola, as discussões e reflexões a equipa, a escuta activa dos testemunhos relatados pela mesma e pela pessoa/família, a pesquisa bibliográfica, bem como, a colaboração na supervisão de estudantes de enfermagem em estágio.

Ao demonstrar, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, em contexto singular, profissional e organizacional, nas relações terapêuticas e multiprofissionais e, ao assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação, pude adquirir com este ensino clínico competências relativas ao desenvolvimento das aprendizagens, em cuidados paliativos, nomeadamente, na relação que estabeleço com a pessoa e no resultado da mesma.

O enfermeiro partilha diariamente de uma variedade de sentimentos acerca do sofrimento, uma vez que a doença terminal condiciona a pessoa a perdas sucessivas, colocando em perigo o seu equilíbrio. Estas perdas surgem inicialmente da própria doença (sintomas, internamentos, tratamentos, recaídas ou ausência de cura), e ocorrem também perda do papel social (ruptura com o meio profissional, social e familiar), levando a uma perda da identidade e referências, sentidas como uma decadência e vividas com uma enorme angústia. As reacções emocionais em fim de vida são complexas de lidar, pelo que o enfermeiro precisa de aprender a construir a relação na sua prática de cuidados, no contexto de emoções intensas.

A profissão de Enfermagem fundamenta a sua prática em torno de um bem-fazer, de um bem-estar e de um bem ser. Quer isto dizer que quer o cariz científico, quer o cariz ético da profissão se centra em encontrar a melhor forma de desenvolver a sua actividade “Fui muito bem tratado pelos enfermeiros, foi uma boa experiência (...) compensa todo esse sofrimento

só pelo facto de que agora estou mais calmo (...) Foi tudo bom o tratamento que recebi por parte dos enfermeiros e todos os outros profissionais, só tenho a agradecer isso. Já tenho outra vontade...” (Pessoa B).

Diante disso destaco a imensa contribuição profissional e pessoal que me proporcionou a experiência de realizar o cuidado baseado em pressupostos de Watson, tendo por base as Competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e compreender o campo de acção dos CP sendo inseridos numa Teoria específica.

Conforme o descrito, irei desenvolver a temática da Relação Terapêutica e Qualidade de Vida.

Nesta sequência, irei abordar, como Teoria, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, pela sua essência holística, humanista e, principalmente, por se enquadrar nas competências que desenvolvi e na natureza dos Cuidados Paliativos, bem como dos Enfermeiros que os concedem, baseando-se na relação terapêutica.

2. CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Neste tópico será apresentada a conceptualização da temática, no que concerne à Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, Pessoa em fim de vida; Qualidade de vida e Relação Terapêutica. Esta conceptualização irá subsidiar a compreensão dos objectivos, da metodologia utilizada e também dos resultados, uma vez que, a atenção dada a esta temática deverá ser coordenada por meios de evidências científicas para orientar a prática.

2.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

A designação *cuidar de enfermagem*, baseia-se no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interacção enfermeiro/pessoa com a intenção de contribuir para o bem-estar, ou diminuir o sofrimento da pessoa. O objecto dos cuidados de enfermagem é o bem-estar da pessoa no seu quotidiano – uma pessoa, um grupo, uma comunidade.

Esta revisão integra-se no paradigma da transformação, que perspectiva os fenómenos como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia. De acordo com este paradigma, encontra-se a Teoria do Cuidar Transpessoal desenvolvida por Jean Watson.

Para Watson (2002), as qualidades da relação, do processo de encontro com o Outro, como veículo dos cuidados de enfermagem e como cuidado-em-si são centrais, defendendo que a ciência e os cuidados de saúde (e de Enfermagem), como são, tradicionalmente, conceptualizados e praticados, devem ser questionados na enfermagem e pelos enfermeiros, opondo aos modelos impessoais e objectivos habitualmente utilizados (ainda que com frequência sejam considerados processualmente correctos) a

consideração das experiências únicas e globais da pessoa. “A função da enfermagem (...) é cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002), ajudando as pessoas, por meio de processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-procura e auto-cuidado, a ganharem um grau mais elevado de harmonia. Neste sentido, os cuidados em geral e os cuidados de enfermagem em particular - “actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade.” (Watson, 2002) – são definidos (co-construídos) como um processo simultaneamente simples e complexo, transpessoal (pessoa a pessoa) e intra-subjectivo (entre uma realidade subjectiva e outra realidade subjectiva), a partir das necessidades do Outro. De acordo com esta autora, os enfermeiros devem procurar, portanto, desde os primórdios da sua formação, um modelo diferente, adaptado às especificidades da ciência humana do cuidar, movendo-se para além do que é objectivo, das operações rígidas, e dedicando-se mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões. Defende a autora, que através de uma base sólida de conhecimentos, transversalmente, ao processo e às transacções do cuidar, que o enfermeiro se torna realmente capaz de ajudar o Outro, co-criando, numa relação profissional de cuidar, as condições para a sua liberdade existencial (Watson, 2002).

A Teoria do Cuidado Transpessoal está centrada no conceito de cuidar do homem e em pressupostos fenomenológicos existenciais de autores como Abraham H. Maslow, Carl Rogers, Martin Heidegger, conhecidos pela orientação humanístico-existencial. Watson afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana, própria da enfermagem. Evolui através da interacção enfermeiro/paciente, visando o cuidado terapêutico. Tem como propósito a descrição dos fenómenos, sua análise e compreensão, valorizando mente/corpo/espírito, num processo transpessoal, enfocando o cuidado holístico necessário ao crescimento e desenvolvimento do homem.

Watson propõe uma filosofia e ciência centrada no cuidado, o que constitui o eixo da prática de Enfermagem (WATSON, 1979). A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da

vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (Watson, 2007).

A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeiro e cliente, visando ao cuidado terapêutico.

O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contrato é um processo que transforma, gera e potencializa o processo de *healing*. (Termo que significa recomposição, restauração e reconstituição e nunca deve ser entendido como cura. (Matias, 2006).)

Possibilita um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro, possibilita a ampliação da capacidade de reestruturação. Cuidado que engloba e valoriza o trinómio corpo-mente-espírito, capaz de mudar o foco do cuidado, passando da base da cura para o de reconstituição e amor.

Para a aplicação da teoria na prática, existem factores que não são estruturais ou delimitados institucionalmente, tais como as crenças, valores, sentimentos de cada um.

Sabe-se que neste modelo de cuidar, há necessidade de formação de um elo forte entre cuidador e ser cuidado, necessita empenho, dedicação na construção da relação transpessoal. O enfermeiro necessita se desprover de conceitos pré-estabelecidos e estar aberto a esta nova relação, permeada pelo cuidado e pela fé em algo que transcende o momento actual.

Deste modo, a função da enfermagem é cuidar da totalidade da personalidade humana, ajudando as pessoas, por meio de processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-procura e auto-cuidado, a ganharem um grau mais elevado de harmonia. Neste sentido, os cuidados em geral e os cuidados de enfermagem em particular - “actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade” – são definidos (co-construídos) como um processo simultaneamente simples e complexo, transpessoal (pessoa a pessoa) e intra-subjectivo (entre uma realidade subjectiva e outra realidade subjectiva), a partir das necessidades do Outro (Watson 2002).

Watson (1985) relaciona intimamente o processo do cuidar humano (*human care*) com um processo de interação entre seres humanos, sendo o cuidar humano a dimensão da prática profissional. É esta relação interpessoal que a autora chama da essência dos cuidados de enfermagem. Os acessórios dos cuidados de enfermagem são o conjunto das técnicas, dos protocolos, das formas de organização utilizadas pelas enfermeiras, ou seja aquilo que serve de suporte à sua actividade.

Cuidar é o ideal moral da enfermagem, cujo fim é a protecção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Este ideal moral do cuidar em enfermagem, sendo como que o seu ponto de partida é também uma atitude que tem de se tomar, um desejo, uma intenção, um compromisso que se manifesta em actos concretos - actos de cuidar.

“Acima de tudo, um sistema humanístico de valores sustenta a construção da ciência do cuidado.” (Watson, 1979)

A teoria do cuidado descreve uma consciencialização que possibilita à Enfermagem levantar quaisquer questões sobre o que significa cuidar, estar doente, ser cuidado e curado.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1988) rejeita a orientação da doença para o cuidado de saúde e posiciona o cuidado antes da cura. O profissional descortina além da doença externa e do tratamento por meios convencionais. O cuidado transpessoal procura fontes mais profundas de cura interior a fim de proteger, melhorar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior de uma pessoa. Para muitos com esta profissão, ser capaz de auxiliar os indivíduos durante uma época de necessidade é a razão pela qual abraçaram a profissão. Assim, o cuidado oferece uma nova visão para a Enfermagem e para a sociedade, conduzindo novas maneiras do saber e do fazer para o mundo moderno, para o pós-moderno e para além deste.

Para Watson, o foco principal em enfermagem está nos factores de cuidado que derivam de uma perspectiva humanista, ainda que combinada com conhecimentos científicos. Essa filosofia e sistema de valores que têm como suporte as ciências humanas, são aqueles que fundamentam a ciência do cuidado, ingressando nos domínios da personalidade, do eu individual e

social, do consciente e do inconsciente. A tónica no cuidado, leva-a a declarar que «... *os cuidados humanos estão ameaçados pela crescente tecnologia médica e as restrições institucionais burocráticas e de gestão numa sociedade da era nuclear*» (WATSON, 1985), que arrastam consigo exigências curativas, não sendo estas as que estão no cerne das preocupações dos enfermeiros.

Assim, a relação com a pessoa é o eixo dos cuidados, pois possibilita um conhecimento sobre aquela, ao mesmo tempo que tem um valor terapêutico. Aborda o aspecto da relação entre a pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro, dá-lhe um aspecto e substância novas, assim, os protagonistas deste processo estão ao mesmo nível e para que entre eles se possa estabelecer uma relação terapêutica, é crucial a consideração do conteúdo mais do que a forma, a matéria e as circunstâncias, pelo que são necessárias noções de espiritualidade, campos de energia e uma nova ética de cuidado.

Nesta dinâmica, este trabalho visa, com base na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, o contributo da relação terapêutica para a qualidade de vida na pessoa em fim de vida.

Neste sentido, é de salientar que esta revisão emerge da prática reflexiva da Enfermagem, da precisão de responder às necessidades de cada pessoa, com a análise crítica de artigos (pesquisa na plataforma EBSCO), personificando o desenvolvimento de uma consciência de cuidado presente na prática, através da articulação com a teorização e a pesquisa científica, tendo por base a Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson, visto que assenta na crença de que, quando uma enfermeira e um pessoa estão juntos, eles criam a possibilidade de encontrar uma significação dentro da experiência por eles vivenciada. “A arte do cuidar em enfermagem começa quando a enfermeira, com o objectivo de ajudar o outro através de um sentimento de cuidado e atenção, expressa esse sentimento com atitudes concretas. Ela vai mais além, lembrando que essa noção de cuidar/cuidado intersubjectivo se opõe aos modelos "de cuidar para" e "cuidar de".” (WATSON, 2002)

2.1.2 A PESSOA EM FIM DE VIDA

A população residente no nosso país tem vindo efectivamente a envelhecer ao longo dos anos, o número de jovens baixou, enquanto que o número de pessoas idosas sofreu um acréscimo considerável. Entre 1960 e 1998 a população jovem (0-14) decresceu na ordem dos 35,1%, tendo-se assistido, por outro lado, a um aumento de 114,4% na população idosa (com 65 anos ou mais). Os idosos em Portugal representavam, em 1998, 15,2% do total da população, o que representa um acréscimo de 1,6 pontos percentuais em relação a 1990 (INE, 1999).

Uma vez que, segundo dados do INE (2008), relativos a 2007, percebe-se que a população residente em Portugal mantém a tendência do aumento do envelhecimento. O INE (2004) alerta para o facto de que a população idosa continua a aumentar, prevendo-se que possa vir a representar 32% da população em 2050.

O prolongamento da duração média de vida, a quebra dramática da natalidade, a pirâmide de idades invertida... O peso e a influência da pessoa idosa – económico, social, familiar e de saúde – são elevados, colocando a todos estes níveis múltiplos desafios, devido a estas alterações multifactoriais.

O envelhecimento humano depende dos determinantes individuais, biológicos, genéticos, sociais, psicológicos e, espirituais que contribuem para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida.

Segundo BERGER e POIRIER (1995) o envelhecimento compreende dois processos: a senescência e a senilidade. A senescência é o envelhecimento inevitável, são as mudanças físicas, fisiológicas e cognitivas que ocorrem de forma gradual, com o passar do tempo, já a senilidade é o envelhecimento secundário resultante de doenças, abusos, afastamento das actividades sociais, falta de actividade física e estimulação cognitiva, de onde se concluí que este processo de envelhecimento depende do estilo de vida de cada um, um estilo de vida saudável implicará em um

envelhecimento mais tranquilo, pois velhice não tem de ser sinónimo de doença ou inutilidade.

Também, a definição de pessoa em fim de vida não tem sido tarefa fácil, sendo um conceito impreciso, até porque a própria vida já é por si só terminal. Assim, entende-se pessoa doente em fim de vida, segundo a OMS (2002):

“Define a OMS fim de vida sendo um conceito imprecis Escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento activo, específico para a patologia de base. Podendo utilizar-se, em certas situações, recursos específicos pelo seu contributo favorável sobre a qualidade de vida. Presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos, multifactoriais e cambiantes. Grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e processo de morte. Evolução no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica. Prognóstico de vida limitado (mais ou menos seis meses raramente anos)”.

Neste contexto, todas as medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, prescritas pelo enfermeiro, ao longo do processo de cuidados, visam promover o conforto da pessoa idosa em fim de vida, pelo que, deve ir de encontro às suas necessidades físicas, psicossociais e, espirituais adaptando-o ao seu estado e condição global a cada avaliação, uma vez que, o processo de morrer promove alterações e vulnerabilidades a vários níveis (CHOCHINOV, 2006, adaptados por GOMES, 2010).

2.1.3 QUALIDADE DE VIDA

A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que *"os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas."* O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins

trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "*qualidade de vida*" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

O termo *qualidade de vida* como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado (GILL e FEINSTEIN, 1994). "Condições de saúde", "funcionamento social" e "qualidade de vida" tem sido usados como sinônimos (GUYATT e cols.) e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação (GILL e FEINSTEIN, 1994). *Qualidade de vida relacionada com a saúde* ("Health-related quality of life") e *Estado subjectivo de saúde* ("Subjective health status") são conceitos afins centrados na avaliação subjectiva da pessoa, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade da pessoa viver plenamente. BULLINGER e cols. (1993) consideram que o termo *qualidade de vida* é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida *per se*, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural.

O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas.

Com base nos diferentes domínios da qualidade de vida, existem inúmeros instrumentos que tentam avaliá-la nas pessoas em fim de vida, por exemplo, o MOS SF-36- Questionário de Avaliação do Estado de Saúde, o WHOQOL-100, o EORTC QLQ-C30, entre outros.

A definição do Grupo WHOQOL reflecte a natureza subjectiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente.

O que está em questão não é a natureza objectiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada.

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao constructo *qualidade de vida* foram obtidos através de um grupo de experts de diferentes culturas: (1) subjectividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor).

O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de *qualidade de vida* como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994).

O reconhecimento da multidimensionalidade do constructo refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

“A ênfase na qualidade de vida é tão importante como outros objectivos de saúde e de cuidados médicos, tais como a prevenção da doença, o atingir a cura, aliviar sintomas ou dores, evitar complicações, oferecer cuidados humanos e prolongar a vida” (PATRICK; ERICKSON, 1993, adaptado por PINTO; RIBEIRO, 2006, p.39).

Segundo a WHO (1994, adaptado por WHO, 2001),

“Qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações.

É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de

independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente”.

A avaliação da qualidade de vida inclui a dimensão física, psicológica e social, podendo-se também ser considerado outros aspectos da vida da pessoa idosa em fim de vida. É importante mencionar que a avaliação da qualidade de vida é mutável, de acordo com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural (PASCOAL, 2002).

Assim, a avaliação da qualidade de vida da pessoa em fim de vida resulta da adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e social. Indubitavelmente a avaliação da qualidade de vida é essencial, pois permite identificar problemas em diversas áreas, o que torna possível ao enfermeiro, conhecer as preocupações comuns da pessoa; informar sobre o impacto da doença em dimensões que não inclui apenas as questões biológicas, permitindo uma visão mais global da realidade da pessoa idosa; facilitar a interacção e a tomada de decisão entre a pessoa e a equipa e, a reformulação da alteração dos aspectos que influenciam negativamente o acompanhamento multidisciplinar da pessoa (FRANZI; SILVA, 2003, adaptados por LIMA; BORGES, 2009).

2.1.4 RELAÇÃO TERAPEUTICA

O ser humano para sobreviver necessita da criação de laços afectivos entre os pares, assim para a pessoa que se sente frágil, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza, a ajuda, o interesse comunicam-lhe energia para continuar a viver e a ultrapassar os obstáculos da vida; por outro lado a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo, a comunicação, um papel importante na interacção. Watson fomenta esta ideia, quando afirma que o enfermeiro deve reforçar a fé, esperança e potencial em si próprio e na pessoa que cuida, fé essa que pode ser potenciada em algo ou alguém além dela própria. (Simeão, 1993)

Watson fomenta a prática consciente com amor-bondade e serenidade; presença na relação com autenticidade, permitindo e mantendo pensamentos e opinião própria e do outro –um-ser-cuidado-para; O cultivo de suas próprias práticas pessoais na relação transpessoal e espiritual; desenvolvimento e manutenção de uma autêntica relação de cuidado de ajuda confiança; presença verdadeira na relação, aceitando os seus próprios sentimentos positivos e negativos e do outro ser que está sendo cuidado; uso de práticas criativas e de todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidado.

Nesse tipo de relação observa-se que a dimensão espiritual e a evocação do amor e cuidado são estruturas que se diferenciam dos factores cuidativos originais, em busca de um novo paradigma para o próximo milénio.

O cuidado transpessoal procura conectar com e abranger o espírito ou alma do outro por meio do processo de cuidado e saúde e da autêntica relação no momento do encontro, constituindo-se no fundamento do trabalho da teórica.

Watson propõe um completo e profundo relacionamento transpessoal e transcendental. É através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que a enfermeira pode, de forma verdadeira e com sensibilidade, interagir com a pessoa em fim de vida. A enfermeira, ao interagir com a pessoa, poderá iniciar, além de uma relação terapêutica, uma relação transpessoal, reconhecendo a existência e a importância da dimensão espiritual, da unidade do ser, dentro de uma visão holística com potencial para promover sua saúde, transformar-se, crescer, auto-afirmar-se e auto-realizar-se, estabelecendo a verdadeira relação de ajuda e confiança.

Portanto, é iminente, segundo Watson que a enfermeira crie um vínculo de confiança com a paciente para que essa possa lhe relatar seus medos, suas angústias e suas necessidades. Tal vínculo poderá ser construído, esclarecendo suas dúvidas relativas à doença e ao tratamento, o que facilitará encorajá-la a efectuar acções de saúde

Essa relação possibilita a compreensão da necessidade de um olhar mais plural diante de cada situação de cuidado e remete a uma tomada de

decisões sobre a pessoa, olhando o seu cuidado, o seu corpo/mente/espírito e sua história. Continuar a busca por melhor qualidade de assistência que se faz representar pelo cuidado transpessoal, nesta relação terapêutica, será sempre a missão do profissional enfermeiro.

3. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PI[C]O (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005): “**A relação terapêutica (*Intervention*) contribui para a qualidade de vida (*Outcome*) na pessoa em fim de vida (*Population*)?**”

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em fim de vida	Palavras-chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Relação terapêutica	Palliative Care
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Qualidade de vida	Quality of life

As bases de dados electrónicas observadas, pela plataforma EBSCO foram a CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, ACADEMIC SEARCH COMPLETE with Full Text; foram procurados artigos científicos publicados em texto integral (em 01/06/2011), publicados entre 2001 e 2007, usando as seguintes palavras-chave, na sequência

apresentada: **Palliative Care AND Therapeutic Relationship AND Quality of life**¹. Foram obtidos através da pesquisa, um total de 1 artigo.

De forma a realizar a pesquisa e obter os artigos adequados à questão de investigação e aos objectivos do estudo, estabeleceu-se um conjunto de critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com cerne na problemática da relação terapêutica, que clarificassem o seu contributo para a qualidade de vida, da pessoa em fim de vida, segundo a relevância e em qualquer contexto (seja hospitalar, domiciliário, Lar, entre outros). Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos em que as pessoas têm menos de 18 anos de idade, sem metodologia científica ou pouco clara, com data anterior a 2001 e sem co-relação com o objecto de estudo. O percurso metodológico levado a cabo encontra-se em anexo (Anexo nº5).

Por conseguinte, para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada procedeu-se à listagem do artigo filtrados (Anexo nº6), que constituíram a base para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, tendo sido classificados por uma escala de 7 níveis de evidência².

¹ Conceitos verificados na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

² Modificado por GUYATT; RENNIE (2002) e HARRIS (2001, adaptados por MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005) Nível VI: Estudo Descritivo e Qualitativo.

4. CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO – RELAÇÃO TERAPÊUTICA COMO CONTRIBUTO PARA A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA EM FIM DE VIDA

As competências profissionais de natureza científica e técnica necessárias ao enfermeiro insinuam-se por “pequenos gestos”, tais como: sendo um ser caloroso, congruente, preciso, concreto e empático, escutando a pessoa, mostrando disponibilidade, respeito, amabilidade, simplicidade, humildade, autenticidade, humor, compaixão e afecto por si e pelos outros.

Isto exige que os enfermeiros sejam habilidosos e competentes na avaliação dos cuidados e planeamento destinado a melhorar sintomas que é sistemática e lógica, mas ainda capaz e suficientemente flexível para permitir que os pacientes individuais para articular e expressar a sua posição de vida e experiências únicas (Larson et al, 1999).

Para fazer isso, uma avaliação completa e holística abordagem para o cuidado é necessário para ajudar a garantir que os pacientes se sente valorizado, ouvido e seguro no conhecimento que o sistema de saúde está a trabalhar para as soluções que são aceitáveis adaptada para atender às suas necessidades (Maher e tal, 2005)³.

A avaliação dos sintomas e de gestão, entretanto, não são - nem devem ser – o único foco de cuidados de enfermagem. Os princípios fundamentais de cuidados paliativos e de apoio devem informar como os

³ MAHER, D, HEMMING, L. Understanding patient and family: holistic assessment in palliative care, **Revista Eletrónica de Enfermagem** [Internet] (2005) consultado a 01/06/2011, disponível em <http://web.ebscohost.com>.

enfermeiros deveriam estar a trabalhar para compreender as experiências de vivenciar uma doença fatal. (Maher e tal, 2005)

O enfermeiro disponibiliza-se para uma presença plena e transcendente – mediada por si – como a forma de estar lá, na acção de um com o outro, em que se está presente física (face a face) e psicologicamente (na esfera da disponibilidade e empatia). Nesta situação, a escuta, a atenção, o interesse e as respostas mais ou menos elaboradas, caracterizam as intervenções do enfermeiro. Nesta perspectiva, a pessoa constitui o centro das atenções, existindo realmente uma interacção enfermeiro/pessoa.

Nomeadamente, os cuidados paliativos (quando doença avançada indicam que a cura não é uma opção viável) proporcionam alívio da dor e outros sintomas psicológicos e espirituais, aspectos do atendimento ao paciente oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a vivem bem até a morte e a reforçar o apoio a família de como lidar durante a doença e luto podem ser aplicáveis em qualquer fase da doença (Maher e tal, 2005).

A necessidade de avaliação holística é, portanto, indiscutível, mas a enfermeira deve fazer mais do que simplesmente ouvir a história do paciente (Haworth e Dluhy, 2001; Junnola et al, 2002). Abordagens holísticas exigem a enfermeira para gravar a história com precisão e organizá-la de forma lógica, a fim de formular estratégias viáveis de cuidados que possam ser avaliados (Junnola et al, 2002). De facto, sem adequada atenção para os processos de planeamento, avaliação, implementação e avaliação, o papel profissional da enfermeira é diminuído; visto os enfermeiros sendo actores em vez de intérpretes activos e directores qualificados capazes de alterar positivamente os resultados em conjunto com o paciente e da família (Maher et al, 2005).

O processo de enfermagem constitui o processo de raciocínio clínico do enfermeiro e apresenta as especificidades relativas ao contexto onde se desenvolve a prática de cuidados (Meleis (1997) e Benner (2001). Contudo, a intervenção relacional terapêutica pressupõe um processo de enfermagem, mas este exige uma avaliação diagnóstica.

Perceber o outro no momento presente, é uma forma de respeito e compreensão. De facto, a pessoa que se submete a uma relação de ajuda

não-directiva pode adquirir maior congruência, ou seja, comportamentos e atitudes mais adequados ao contexto e que sejam satisfatórios para si e para os outros (Ramos et al, 2009). Assim como o alívio dos sintomas não acontecem por acaso, sem se estabelecer e manter uma relação terapêutica com o paciente e a família que irá sustentar todas as partes toda a trajetória da doença (Maher et al, 2005).

Desta forma, a relação terapêutica como sendo a construção da confiança e relacionamento, com base na honestidade, integridade e autenticidade entre o enfermeiro e a pessoa. É recíproca e democrática na natureza, assim, melhora o controlo e auto-estima da pessoa, tem as suas raízes na prática quotidiana e experiências, permite a profunda discussão, reflexão e desafio de apresentar os pressupostos e posições a fim de melhorar a perspectiva de doença através de uma introspecção.

A relação terapêutica sendo uma relação de ajuda, propicia um clima favorável ao crescimento pessoal da pessoa. Esse clima é influenciado pela empatia, pela atitude compreensiva e de apoio que o enfermeiro fornece e desta forma a revelação dos segredos e medos mais íntimos da pessoa começam a ocorrer.

A partir da abertura desse espaço de diálogo entre profissional e pessoa é que surge a necessidade de se estabelecer as bases metodológicas da relação de ajuda. A relação de ajuda ocorre quando o profissional cria e mantém com o cliente uma relação na qual este tem a oportunidade de experimentar uma boa relação consigo mesmo para compreender-se melhor na situação que vivencia (Ramos et al, 2009).

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida a partir do qual se viabiliza uma produção de um processo de cuidados profissional em parceria com o pessoa/família, sendo o processo de intervenção baseado na inter-relação pessoal.

Pode ser difícil para a enfermeira assumir riscos no contexto, por medo de destruir a confiança que procura estabelecer e também o fracasso de assumir riscos pode comprometer o status de sintoma do paciente. Da mesma forma, a enfermeira deve permanecer disposta a reconhecer a

probabilidade de ela própria mudar pressupostos em relação à pessoa, não tendo receio da troca mútua de percepção. Taylor (1994) sugere que se os enfermeiros são autênticos nas intenções deles e acções, os pacientes e as famílias normalmente respondem positivamente a tais interacções. Portanto, é provável que um quadro mais completo e preciso da sua situação emerge, em grande parte como resultado da permissão dada pela enfermeira para falar sobre questões abertamente difíceis.

A comunicação está no cerne da relação terapêutica (Edwards, 2001). Habilidades tais como escuta activa, reflectir e usando uma variedade de perguntas abertas e fechadas para obter informações com sensibilidade e na uma medida adequada, ajudará a melhorar a eficácia do controlo de sintomas, mas também dos cuidados paliativos como um todo (McEvoy, 2000).

A enfermeira que utiliza a comunicação como instrumento de suporte nas suas intervenções, aproxima-se da pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança.

Segundo Lopes (2006) “o facto de os enfermeiros mostrarem disponibilidade através da sua presença, constitui uma das formas de concretizar o espaço relacional e pode também ser entendido como uma atitude de acolhimento e aceitação e por essa razão, securizante”. O mesmo autor constata ainda que a presença é uma forma de estar próximo e disponível, mas também um modo de ser solidário, forma de manifestar preocupação e garantia de não abandono.

Hesbeen (2000) descreve os cuidados de enfermagem como a atenção particular prestada pela enfermeira ou pelo enfermeiro a uma pessoa/ família ou a um grupo de pessoas com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando para isso as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem.

A compreensão é considerada a base de uma relação, pois proporciona conexões personalizadas e de confiança que aproxima as pessoas. A enfermeira coloca-se no lugar da pessoa e tenta compreender o que esta está a sentir.

A escuta implica calma e serenidade. A enfermeira ao manifestar disponibilidade para ouvir permite que o utente se exprima espontaneamente, com a sua linguagem, com os seus silêncios e divagações. Escutar, mais do que falar, é o segredo das boas relações humanas.

A arte de escutar não se resume ao acto extremo de ouvir, implica que quem escuta o faça com todo o seu ser e esteja disponível para a totalidade da comunicação (verbal e não verbal). O respeito é um valor fundamental do ser humano. Lazure (1994), afirma que respeitar um ser humano “é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória”.

A congruência consigo própria e com a pessoa é outra das características essenciais na relação de ajuda. Esta é uma característica fundamental do ser humano, pois possibilita que haja acordo entre o que ele vive interiormente, a consciência que tem sobre o que viveu e a expressão dessa vivência que é traduzida pelo seu comportamento. A congruência tem a sua base na segurança interior e espontaneidade, as quais vão proporcionar o prazer de ser verdadeiramente aquilo que somos.

Neste sentido, o enfermeiro tem de ser congruente, pois ao utilizar essa característica cultiva maior segurança e à vontade para lidar com as pessoas e ajudá-los a resolverem a sua situação.

A capacidade de clarificar e de ajuda na clarificação é essencial na comunicação enfermeiro-pessoa pois evita sentimentos negativos de incompreensão e insegurança, bem como, em cuidados paliativos, o tempo é a essência, não só para o profissional, mas também para o paciente. Enquanto dois dias podem não ser um período de tempo significativo em contextos normais, para um paciente que tem uma expectativa de vida limitada, pode literalmente ser uma vida. Por esta razão, as intervenções devem ocorrer em tempo hábil e avaliação deveria ocorrer logo que possível, com base no objectivo declarado (Maher et al, 2005).

Assim é fundamental a utilização de termos claros, simples, concretos e de fácil compreensão.

A avaliação no contexto da relação terapêutica, pode também envolver um grau de desafio para o paciente apresentar suposições e crenças, especialmente se estão a apresentar sugestões desajustadas ou estratégias negativas de como enfrentar a doença, ou se a percepção de um sintoma ou situação é obscurecida por défices de informação ou conhecimento (Maher e tal, 2005).

A relação terapêutica, enquanto intervenção autónoma, é um elemento decisivo e inquestionável na actividade dos enfermeiros e desempenha papel central na resposta às necessidades concretas de cada pessoa, independentemente da sua situação/problema ou contexto em que enfermeiro e pessoa estão inseridos.

No caso concreto da pessoa em fim de vida, o enfermeiro necessita de recorrer a estratégias terapêuticas planeadas e a um sistema integrado de competências relacionais, aproximando-se dos espaços de intimidade, demonstrando competências éticas e competências relacionais, com a finalidade promotora de qualidade de vida.

Estabelecer laços de confiança com a pessoa necessita de um processo impregnado de todas aquelas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000).

Uma vez estabelecida uma relação terapêutica vai ajudar os pacientes a serem envolvidos nos cuidados deles, respondem bem à mudança e tomam parte da responsabilidade na manutenção de resultados positivos da assistência (Maher e tal, 2005).

Para Watson, a relação de ajuda é a essência, meio poderoso de intervenção e um elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem. O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, em um quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de Enfermagem.

A enfermeira que ajuda tem sempre como objectivo promover no outro o crescimento pessoal, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem na vida.

Pode ser necessário definir metas intermediárias como por exemplo redução da gravidade ou incidência de sintomas. Para alguns pacientes, a erradicação dos sintomas pode exigir o paciente se submeter a regimes de tratamento que eles consideram intoleráveis ou de mau gosto. Para a razão deste, é necessário que a enfermeira verifique se eles têm interpretado correctamente os sintomas do paciente em primeiro lugar e que os resultados possíveis e soluções são discutidos e acordados. Pacientes que relatem e determinem as suas prioridades são cruciais para o alívio dos sintomas de sucesso (Maher e tal, 2005). Este estabelece, novamente, um papel claro e de responsabilidade para o paciente e a família, que Larson (1999) sugerem é útil em assegurar um resultado positivo, contudo a curto prazo ou longo prazo.

É necessário dar tempo suficiente para trabalhar as intervenções antes de mudar plano de cuidados. Da mesma forma, deve ser-se cauteloso quando se adiciona terapias num plano de tratamento já existente sem progresso na primeira avaliação. Caso contrário torna-se impossível determinar a intervenção que tenha sido eficaz (Maher e tal, 2005).

Mesmo nas condições mais adversas, mesmo sob as condicionantes mais severas, o Homem pode preservar e desenvolver alguma capacidade de autonomia e auto-determinação. Sem subestimar o impacto negativo que as mais diversas situações podem ter sobre o desenvolvimento e o bem-estar da pessoa, Rogers mantém a firme convicção de que o ser humano mantém, em algum grau, capacidade para não se limitar a reagir aos acontecimentos e a ser por eles conduzido. Pode, ainda assim, ser um agente criativo na realidade que o rodeia.

Isto pode exigir negociação com a pessoa e a família e documentação para informar a equipa de assistência mais ampla dos prazos envolvidos. Todas as partes têm de se sentir confiantes de que o plano é apropriado e reflecte a situação da pessoa. Os enfermeiros precisam lembrar-se do medo e incerteza que cercam os cuidados paliativos e oferecerem garantias de que outras opções estão disponíveis se o cuidado planeado não é totalmente eficaz (Maher et al, 2005).

Morse et al (1992) analisou a relação enfermeiro/pessoa e considerou duas dimensões: o contexto dos cuidados e o nível de proximidade/intimidade. O contexto dos cuidados de Enfermagem e o contexto de um outro tipo de interação relacional em gabinete, por exemplo, apresentam enormes diferenças. Quanto ao nível de proximidade/intimidade, não é possível comparar de tão diferente que é, em virtude do tipo de cuidados que os enfermeiros prestam e da própria situação clínica vivenciada pelo doente.

Para Lopes (2006), torna-se fundamental que a intervenção relacional terapêutica assente num processo dinâmico de avaliação diagnóstica. Este “Processo de Avaliação Diagnóstica” tem como principal objectivo compreender a forma como é vivida a doença, compreender os seus sinais e sintomas e que ajuda a pessoa necessita para ultrapassar as dificuldades da sua situação. Este conceito pode ser comparado com o conceito de “Processo de Enfermagem”. Segundo Lopes (2006) este conceito foi proposto pela primeira vez por Orlando (1961), com esta expressão, no contexto da relação enfermeiro/pessoa. Esta autora considerava que uma situação de Enfermagem era constituída por três aspectos básicos: o comportamento do doente, a reacção do enfermeiro e as intervenções do enfermeiro para com o doente. Sendo que, é da interacção destes elementos que surge o “Processo de Enfermagem”.

Lopes (2006) no seu estudo de investigação, considerou que no Processo de intervenção terapêutica de enfermagem interagem diversos instrumentos, mas destacou dois:

- **Gestão de sentimentos:** espaço-tempo para a expressão de sentimentos e promoção de confiança/segurança
- **Gestão de informação:** estreita ligação com a gestão de sentimentos e de acordo com as necessidades do doente e família.

Todavia, Watson (2002) vai mais longe ao propor o “ensino/aprendizagem interpessoal” como um factor maior de cuidado.

Neste processo, quer a pessoa quer a enfermeira alternam papéis de aprendizes e professores no decurso da interacção. A enfermeira aprende com a pessoa a sua história, a sua perspectiva pessoal e estratégias usadas,

entre outras, enquanto a pessoa recebe da enfermeira elementos de natureza cognitiva e outros que lhe facilitam o lidar com a sua situação.

É exactamente pela natureza intersubjectiva desta relação, na qual o “processo real de cuidar envolve acção e escolha por parte do enfermeiro e da pessoa” (Watson, 2002: 105), que a confiança parece jogar um papel decisivo na construção das intervenções e na obtenção de resultados.

Para que a avaliação holística da pessoa seja adequada e compreenda os objectivos propostos por ambas as partes, nomeadamente, pelo enfermeiro, (Maher e tal (2005) propõe estratégias de intervenção; “a avaliação holística pobre ou inadequada é responsável por níveis significativos de angústia e sofrimento para os pacientes com uma doença terminal, a avaliação envolve excelentes habilidades de comunicação para estabelecer e manter uma relação terapêutica capaz de provocar medos do paciente, preocupações e experiências únicas, habilidades rigorosas, analíticas e organizacionais permitirão uma eficaz avaliação, planificação e avaliação dos cuidados com base na precisão da interpretação da história do paciente, as ferramentas de avaliação de sintomas devem ser utilizadas e analisadas para avaliar a eficácia do atendimento e a avaliação do paciente também deve prestar atenção às necessidades da família, genogramas são recomendados como um instrumento adequado.

Estabelecer e manter uma relação terapêutica com o paciente e família e utilizando as melhores disponíveis ferramentas de avaliação, abordagens holísticas podem ajudar a focar a paciente e da família sobre o potencial de melhorar o seu status de sintoma para que a sua qualidade de vida seja mantida no nível mais alto possível (Maher e tal, 2005).

A partir da reflexão do cruzamento destes conceitos, entende-se que é necessário conhecer qual é o projecto de saúde de cada pessoa. Ajudando-a a transitar nos processos de vida, ou seja, no exercício profissional o enfermeiro deve promover o projecto de saúde de cada pessoa, incutindo para as melhores opções, tornando-as pró-activas no seu projecto de saúde, numa atitude promotora da tomada de decisão informada.

Assim, a partir da análise destes estudos parece evidente a importância da vertente terapêutica nas intervenções de âmbito relacional,

através de uma relação enfermeiro/pessoa, baseada na parceria, na confiança, na disponibilidade e na proximidade única que caracteriza a prática de enfermagem. No entanto, é também notório a existência em alguns destes estudos, de uma vertente educacional presente nesta relação terapêutica.

A relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa é estabelecida e desenvolvida durante a prestação de cuidados de enfermagem. Forma-se um laço de confiança particular. Como resultado dessa aliança, os aspectos relacionados com todo o processo podem ser explorados de forma singular.

Se entendermos que é deste processo de interação que podem advir os melhores contributos terapêuticos para a pessoa e para os seus familiares, então esta é uma área de excelência para o enfermeiro, o qual deverá aperfeiçoar os seus saberes, habilidades e competências. Ao mesmo tempo, pela sua acuidade, legitima a pertinência teórica e prática de qualquer investigação desenvolvida neste âmbito.

A relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, é um elemento decisivo e inquestionável na actividade dos enfermeiros e desempenha papel central na resposta às necessidades concretas de cada pessoa, independentemente da sua situação/problema ou contexto em que se desenrola a acção. No entanto, os cuidados de enfermagem, apoiados na técnica de relação de ajuda, são particularmente complexos, em situações de dependência, situações de medo, dor extrema, solidão, abandono e fim de vida.

No caso concreto da pessoa em fim de vida, o enfermeiro necessita de recorrer a estratégias terapêuticas planeadas e a um sistema integrado de competências relacionais, aproximando-se dos espaços de intimidade, demonstrando competências de contacto e competências sociais empáticas, com a finalidade de contributo para a qualidade de vida.

Assim, “a relação de ajuda é a essência, meio poderoso de intervenção e um elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem.” (Watson, 1985)

5. CONCLUSÕES

A orientação para o *Cuidar* infunde das ideias de Nightingale (1859), Henderson (1961, 1969), Leininger (1970), Watson (1988), entre outras. Apela para uma acção centrada na pessoa como sujeito dos cuidados para os aspectos relacionais abrangendo o seu ambiente.

Esta abordagem refere como essencial o aspecto relacional, ou seja a relação entre duas pessoas, uma prestadora de cuidados e outra receptora desses mesmos cuidados. É esta relação que se espera terapêutica no sentido de proporcionar o “bem-estar” à pessoa.

Contudo, como já se afirmou estas duas dimensões não se podem separar. Um enfermeiro tem de ser um misto de relação e de técnica. Um acto técnico, mesmo sendo considerado por alguns autores, no âmbito do acessório pode revelar-se tão importante quanto o aspecto relacional, pelo que é exigido que seja realizado com todo o rigor. Na “perspectiva do doente, o apoio psicológico não pode ser distinto das técnicas físicas de enfermagem. Não é o que os enfermeiros fazem, mas como o fazem que é tão importante para o doente” (Roper et al., 1990, p. 8).

Por tudo o que ficou dito no decorrer desta revisão sistemática da literatura, parece ser da maior relevância demonstrar à pessoa que temos para com ela disponibilidade, veracidade, equidade e competência para que possa confiar em nós, no nosso cuidar. E como podemos demonstrar-lhe que temos? Tornando-a evidente para a pessoa, mostrando empenhamento para com os bens que valoriza, manifestando vontade de concretizar o seu bem: identificando-se e interessando-se por aquilo que, a cada momento, é importante, inquietante, faz sofrer ou desconforta a pessoa. Será afinal uma demonstração da perspectiva cuidadora da enfermeira, um alicerce para a

confiança na relação de cuidar (Hesbeen, 1999) e um requisito para confortar.

Os enfermeiros comutam, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das actividades de vida. Mas também orientam, supervisão, lideram os processos de adaptação individual, autocontrolo, o auto cuidado, o *stress*, *coping*, dor, as perturbações da memória e da actividade psicomotora, a adesão ao regime terapêutico, os processos familiar, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

A relação terapêutica que se estabelece com base em tal conjunto de premissas implica uma importante redefinição do papel do enfermeiro. Acima de qualquer técnica ou instrumento que utiliza, o enfermeiro define-se pela postura que transporta para a relação e que constitui o verdadeiro factor impulsionador da mudança.

Tendo em conta os princípios que justificam e dão sentido a tais acções, elas não são concebíveis na ausência de uma participação personalizada do enfermeiro na relação, facto que teve a oportunidade de concretizar no ensino clínico.

O genuíno interesse e valorização da pessoa, da experiência da mesma, a confiança na sua capacidade em superar as contradições, o respeito pelo seu direito de ser livre em qualquer escolha que faça, não são susceptíveis de serem reduzidas a fórmulas prontas a aplicar de forma mecânica e impessoal. A autenticidade do enfermeiro é fundamental numa relação que é, deste modo, sobretudo humana.

No seguimento da análise do artigo e em tom conclusivo, cabe aos profissionais oferecer além de cuidado e atenção, ferramentas para que a pessoa possa exercer a sua função de forma a não prejudicar a própria saúde.

A comunicação interpessoal enfermeiro/pessoa no contexto da relação de ajuda e do cuidar em enfermagem é um elemento decisivo e determinante para que os enfermeiros possam desenvolver intervenções bem fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como das

dimensões relacional e ética. Só integrando esta dimensão nas múltiplas exigências do cuidado confirmamos um verdadeiro profissionalismo e garantimos a qualidade dos cuidados prestados.

Ao utilizar os conhecimentos científicos, senti-me mais apta a fazer uma melhor avaliação das necessidades da pessoa, a partilhar informações e realizar ensinamentos, desenvolvendo aptidões e capacidades de comunicação, com base no respeito e na tolerância. Estas competências permitem-lhes ainda valorizar a pessoa como participantes do processo de cuidados, organizando a sua estratégia de intervenção centrada nas necessidades da mesma.

No que concerne às competências do enfermeiro, nota-se uma premissa fundamental nos CP, a relação terapêutica, considerando e respeitando cada pessoa na sua individualidade. Cada pessoa foi aceite tal como é e os enfermeiros reconheceram que faz parte do seu papel profissional, chamar a pessoa pelo seu nome (ou com diminutivos), adaptar-se à personalidade de cada um não julgando e promovendo a escuta activa. Estes foram recursos utilizados para a personalização e humanização de cuidados, analogamente, os enfermeiros, apesar de valorizarem os conhecimentos científicos, não os aplicaram simplesmente, mas procuraram apropriá-los a cada pessoa, em conjunto com a equipa multidisciplinar e família/cuidador informal.

Este modo de agir requer criatividade e revela a vertente da enfermagem como uma “arte” que implica que a sua prática não seja preconcebida.

A competência relacional e ética adquirida possibilita, a abordagem da pessoa no seu todo biopsicosocial, pela preocupação em relação ao bem-estar da pessoa, pelo trabalho em equipa para o benefício desta e pelas capacidades de supervisão da pessoa e ambiente envolvente, o que traduz empenho e competências de comunicação eficazes.

Da análise e reflexão sobre esta experiência vivenciada compreendi que para estabelecer uma relação de terapêutica é necessário compreender a pessoa, aceitá-lo incondicionalmente sem fazer juízos de valor, facultando tempo e espaço para si mesmo. Dado que quando a pessoa não

se sente compreendido, poder-se-á instalar nele sentimentos de revolta que expressam frequentemente de uma forma agressiva (Baptista, Vieira e Leal, 2004), não sendo muita das vezes aceites pelos enfermeiros. Esta atitude de não-aceitação, na opinião de Silva (1995), pode conduzir a pessoa ao desespero e muitas vezes arrastá-lo para o descontrolo e desconfiança.

A competência e aperfeiçoamento profissional terão de ser para os enfermeiros um comportamento, a relação da sua conduta, a orientação dos seus gestos quotidianos e o funcionamento de um desempenho ético. Ao longo do meu percurso profissional vou desenvolvendo competências e fazendo uso dos processos de aprendizagem contínua ao longo da vida, aumentando desta forma o conjunto de recursos individuais que me optimizam essas competências.

Segundo Benner (2005), o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem

Assim, o enfermeiro deve-se adaptar à singularidade do ser humano, compreendendo-o em toda a sua trajectória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos.

Neste Ensino Clínico, foi importante, fundamentalmente, não ter pressa em dar respostas, mas antes tentar compreender, respeitar o silêncio, escutar activamente e deixa-lo expressar os seus sentimentos de revolta, de frustração, de arrependimento e de angústia.

A realização deste Relatório foi um processo laborioso, contudo considero ter aprendido através da reflexão sobre esta experiência vivenciada, tendo por base o confronto da teoria com a prática, permitindo melhorar e desenvolver competências relacionais fundamentais no nosso quotidiano (Melo, 2007), como promotor de qualidade de vida na pessoa em fim de vida.

Acima de tudo, os profissionais de enfermagem demonstraram profissionalismo na prestação de cuidados, pela preocupação que evidenciaram com a pessoa, pelo trabalho em equipa, pela valorização do espírito de equipa dos enfermeiros com os pares e pela humanização e personalização dos cuidados prestados pelos enfermeiros às pessoas, com um imenso empenhamento de todos e de cada um para a obtenção de um objectivo comum, conhecido e partilhado por todos.

Ao efectuar uma análise através destes estudos é possível salientar que o conceptualismo terapêutico no contexto dos cuidados de enfermagem, assenta no envolvimento activo e de grande proximidade, na parceria, na autodeterminação, na disponibilidade e ainda num pressuposto educacional que caracteriza a relação enfermeiro/ pessoa.

A relação terapêutica surge integrada na intervenção do enfermeiro, sendo transversal a todas as outras e é através dela que as outras se efectivam. Sendo esta uma intervenção de enfermagem de cariz autónomo, o enfermeiro tem a possibilidade de construir uma relação suficientemente forte e próxima com as pessoas, onde a disponibilidade, o conhecimento, a acessibilidade e a confiança, são uma constante. A relação de ajuda está inerente à intervenção terapêutica e envolve um processo comunicacional.

Através desta o enfermeiro consegue ajudar a pessoa no seu processo de adaptação às diferentes transições promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes e adequadas.

Assim, é de salientar que é necessário trabalhar e desenvolver estratégias de relacionamento interpessoal e com isso efectivar a comunicação entre enfermeiro e pessoa, pois o processo de comunicação terapêutica deve ser priorizado como actividade de enfermagem relevante e essencial.

Apesar de este epílogo conseguir estabelecer a analogia, e respectiva importância da relação terapêutica enfermeiro/pessoa em fim de vida, escassas são as publicações que evidenciam o contributo para a qualidade de vida, através desta intervenção. Pelo que, considera-se de extrema importância (e tendo por base a Teoria do Cuidar de Jean Watson) um investimento futuro da minha parte, e de outros autores, nesta área

específica. Este relatório pode ser um ponto de partida para a realização de outras pesquisas visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto de cuidados paliativos.

De igual modo, é notório a consideração da relação terapêutica, como fundamento da parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa e a mais-valia desta no estabelecimento da qualidade de vida na pessoa em fim de vida.

Espera-se com este relatório contribuir para que os profissionais reflitam sobre a importância da utilização das técnicas de relacionamento interpessoal e de comunicação terapêutica na relação de cuidados.

Assim, o artigo analisado vai ao encontro da pergunta pico realizada e identificam a evidência da relação terapêutica como contributo para a qualidade de vida na pessoa em fim de vida.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.C. – A nível cutâneo. In: **Cuidados Paliativos**. Coimbra: Formasau, 2000, p.121-123.

AMENDOEIRA, J. (1999). **Do meu doente aos doentes do serviço**. Dissertação apresentada a Concurso para Professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem de Santarém.

APÓSTOLO, J.L.A. – **O conforto nas teorias de enfermagem** – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência. Março, II Série, n.º 9 (2009), pp.61-67.

BARBOSA, A. – Bioética e cuidados paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 723-750.

BENNER, P. (2001) **De Iniciado a Perito**. Quarteto Editora.

BENNER, P. (2005). **De iniciado a perito**. Quarteto Editora

CARAPINHEIRO, G. (1993) **Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares**. Edições Afrontamento.

CARVALHO, M.V.B.; MERIGHI, M.A.B. – O cuidar no processo de morrer com dignidade. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia.** São Paulo: Manole, 2006. p. 317-332.

CARPENITO, L.J. (1991) **The NANDA definition of nursing diagnoses,** Philadelphia

CASSAR, M.P. (2001). **Manual de massagem terapêutica.** São Paulo: Manole.

COLLIÈRE, M. F. (1989). **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009). **Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados. Referencial do enfermeiro.** Lisboa: Autor.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2007). **Ambientes favoráveis à prática. Condições no trabalho = cuidados de qualidade. Instrumentos de informação e acção.** Genebra: Autor.

COSTA, Cristina; MAGALHÃES, Helena; FÉLIX, Rui; COSTA, Andreia; CORDEIRO, Sara (2005). **O Cancro e a Qualidade de Vida. A Quimioterapia e outros Fármacos no Combate ao cancro.** Sintra: Novartis. ISBN 972-9119-94-5.

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2003). **Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros.** Loures: Lusociência.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. “DR I Série A”. 109 (2006.06.06) 3856-3866.

DECRETO-LEI n.º 107/2008. “DR I Série”. 121 (2008.06.25) 3835-3853.

DECRETO-LEI n.º 161/96. “DR I Série A”. 205 (1996.09.04) 2959-2962.

DESPACHO conjunto n.º 20689/2009. “DR II Série”. 178 (2009.09.14) 37518-37519.

DGS (2003). **Risco de Morrer em Portugal, 2001**. Lisboa: Autor.

ELER, G.J.; JAQUES, A.E. – O enfermeiro e as terapias complementares par o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama**. Volume 10, n.º3, Setembro/Dezembro (2006), p. 185-190.

FIRMINO, F. – Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuição para a elaboração de protocolos de intervenção de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51 (4) (2005), p.347-359.

FONSECA, J.F.D.; BRITTO, M.N. – Terapias complementares como técnicas adjuvantes no controlo da dor oncológica. **Revista Saúde e Pesquisa**. Volume 2, n.º3, Setembro/Dezembro (2009), p. 387-395.

GRANER, K.M.; JUNIOR, A.L.C.; ROLIM, G.S. – Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em Psicologia**. Volume 18, n.º 2 (2010), p.345-355.

HESBEEN, WALTER – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**, s. ed.. Loures: Lusociência, 2000. 201 p. Tradução de: Maria Isabel Baptista Ferreira. ISBN: 972-8383-11-8.

KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M.S. (2005). **Dor. Fundamentos, abordagem clínica, tratamento.** Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN 85-277-1075-7.

KOLCABA, K. – Teoria do conforto. In: **Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ªed.)**. Loures: Lusociência, 2004. p. 481-495.

KOLCABA, K.; TILTON, C.; DROUIN, C. - Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. **JONA**. 36 (11)(2006), pp. 538-544.

KOVÁCS, M.J. – Comunicação em cuidados paliativos. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p.86-102.

LAZURE, HÉLÈNE – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. s. ed. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214 p. Tradução: Margarida Cunha Rosa. ISBN: 972-95399-5-2.

LEI n.º 141/99. “DR I Série A”. 201 (1999.08.28) 5955.

LEPROHON, J. – **Revista da Ordem**. N.º5, (Janeiro), 2002, pp.26.

LEVINE, M.J. (1973) **Introduction to clinical nursing**, Philadelphia.

LOPES, M. (2006) **A relação enfermeiro/doente: como intervenção terapêutica,**

Formasau, Coimbra.

MACDONALD, G. (2003). **Mãos que cuidam. Massagem terapêutica para pessoas com câncer.** São Paulo: Triom.

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

MAHER, D, HEMMING, L. Understanding patient and family: holistic assessment in palliative care, **Revista Eletrónica de Enfermagem** [Internet] (2005) consultado a 01/06/2011, disponível em <http://web.ebscohost.com>.

MALINOWSKI, A.; STAMLER, L. - Comfort: exploration of the concept in nursing. **Journal of Advanced Nursing.** 39 (6) (2002), pp.599-606.

MAMÉDIO, C.; PIMENTA, C.A.M. – Cuidados com lesões vegetantes malignas. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia.** São Paulo: Manole, 2006. p. 262- 278.

MANUILA, L. [et al] – **Dicionário médico.** Lisboa: Climepsi, 2001. 857p. ISBN 972-796-014-6.

MELEIS, A. I. (1997) - **Theoretical nursing:** Development and progress, Philadelphia.

MORSE, J.; L BOTTORFF, J.; HUTCHINSON, S. - The phenomenology of comfort. **Journal of Advanced Nursing.** 20 (1994), pp. 189-195.

NETO, I.G. – Modelos de controlo sintomático. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010a. p. 61-68.

NETO, I.G. – Princípios e Filosofia dos cuidados paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010b. p. 1-42.

NETO, I.G.; AITKEN, H.H.; PALDRON, T. (2004). **A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a nossa existência**. Cascais: Pergaminho.

NEVES, Chantal – A morte, a sociedade e os cuidados paliativos. In: **Cuidados Paliativos**. Coimbra: Formasau, 2000, p.9-19.

NIGHTINGALE, F. (2005). **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência.

OLIVEIRA, C.S. - O cuidado confortador à pessoa Idosa Hospitalizada: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Pensar em Enfermagem**. 10 (1)(2006), pp. 2-12.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Autor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Autor.

PEPLAU, H.(2003) **Interpersonal Relations in Nursing**, Palgrave Macmillan, New York.

PEREIRA, A.L.; BACHION, M.M. - Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev Gaúcha Enferm.** 27 (4), Dezembro (2006), p.491-498.

PIMENTA, C.A.M.P.; FERREIRA, K.A.S.L.F. – Dor no doente com câncer. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia.** São Paulo: Manole, 2006. p.124-166.

POLETTI, N.A.A.; CALIRI, M.H.J.; SIMÃO, C.D.S.R.; JULIANI, K.B.; TÁCITO, V.E. – Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 48(3) (2002), p.411-417.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos.** Lisboa, 2004, 24p.

QUERIDO, A.; SALAZAR, H.; NETO, I.G. – Comunicação. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 461-486.

RAMOS, T., BORGES, P., FUREGATO, A., . A relação de ajuda não-diretiva junto ao cuidador de um idoso incapacitado, **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet] n^o11(4).(2009) consultado a 06/05/2010, disponível em <http://web.ebscohost.com>

RODRIGUES, I.G.; ZAGO, M. – O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia.** São Paulo: Manole, 2006. p. 434-449.

ROGERS, C. R. **A terapia centrada no paciente.** Lisboa : Moraes Editores. 1974.

ROGERS, C. R. **A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the clientcentered framework.** 1959. In Kirschenbaum, H., & Anderson, V.L. (Eds.), *The Carl Rogers reader* (p p . 2 3 6 - 257). Londres: Constable. 1990.

SOBRAL, H.N. – Experiências subjectivas de sofrimento em doentes oncológicos: percepção do doente e religiosidade. **Interacções.** N.º11 (2006), p. 147-162.

TUTTON, E.; SEERS, K. - Comfort on a Ward for older people. **Journal of Advanced Nursing.** 46 (4)(2003), pp.380-389.

TWYXCROSS, R. (2003). **Cuidados paliativos** (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.

VAUGHAN B. **Patient education in therapeutic nursing.** In: McMahon R, Pearson A, organizer. *Nursing as therapy.* London: Chapman & Hall;1991.

VIEIRA, Margarida – Aspectos Éticos-Legais dos cuidados paliativos: - Qual o papel do enfermeiro. In: **Cuidados paliativos.** Coimbra: Formasau, 2000. p. 29-39.

WATSON J. *Nursing: the philosophy and science of caring.* 2ª ed. Boulder, Colorado (USA): Associated University Press; 1985.

WATSON, Jean (2002) **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar/ Uma teoria de Enfermagem.** Loures.1ª ed. Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

WILLIAMS, A.M.; DAVIES, A.; GRIFFITHS, G. - Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines. **International Journal of Nursing Practice**. 15 (2009), p.145–155.

ANEXOS

Anexo I
(Projecto do Ensino Clínico)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO À PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA NA
COMUNIDADE

ENSINO CLINICO
ENSINO CLÍNICO INTEGRADOR
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO
HOSPITAL NOSSA SRA DA GRAÇA – UNIDADE DE CUIDADOS
PALIATIVOS
CASA DE SAÚDE DE IDANHA

Docente: Prof.^a Pires Rosa e Prof. Amendoeira

Elaborado por:

Ana Severina nº 090432011

SANTARÉM
DEZEMBROO 2010

Desenvolvimento do Ensino Clínico

D

Projecto de

P

"Se, apesar de tudo, os homens não conseguem fazer com que a história tenha significado, eles podem sempre agir de uma maneira que faça suas vidas terem um." Albert Camus

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO.....	5
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESCOLHA DO ENSINO CLINICO	8
2 – PLANO DE ACTIVIDADES	11
3 – CRONOGRAMA.....	20
3.1 - CRONOGRAMA – RELATÓRIO FINAL	22
4 – CONCLUSÃO.....	24
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

ABREVIATURAS E SIGLAS

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CMEPPDC – Curso de Mestrado à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade

P. – Página

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade, o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos, especificamente, destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente. Para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer-se uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais competente.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, tem por objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de Cuidados Paliativos, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Cada um de nós segue na sua vida e na sua profissão um caminho único e individual, feito de opções e de escolhas, nem sempre fáceis, ou simples. Em determinado momento, cada qual é o resultado do referido caminho, na perspectiva do que se pretende para o futuro. Formamo-nos trilhando um percurso, sobretudo se conseguirmos realizar um trabalho de reflexão sobre o que foi para nós aquele obstáculo, ou aquela vitória.

É, similarmente, através das experiências de cada um de nós, que a aquisição das várias competências se efectua, e este ensino clínico tem um papel fundamental, que vai ao encontro da pedagogia actual, em que o estudante tem um papel activo na sua própria aprendizagem e no seu desenvolvimento.

Para que o crescimento seja efectuado com sucesso neste Ensino Clínico Integrador, no âmbito dos Cuidados Paliativos, que tem a duração de 15 semanas, decorrendo entre o Hospital Nossa Sra. da Graça (12 semanas) e a Casa de Saúde de Idanha (3 semanas), é de extrema importância a elaboração de um plano de actividades individual, que servirá de fio condutor, como orientação de todo o processo para a aquisição de competências neste estágio, bem como, do relatório de investigação.

Desta forma, e para que consiga atingir os objectivos propostos para este estágio, este planeamento inclui os objectivos específicos que procuro atingir com o decorrer do estágio e as actividades a desenvolver, de forma a alcançá-los.

Como se depreende e como o próprio nome indica, é apenas um planeamento e como projecto que é; é flexível, podendo portanto sofrer alterações se as necessidades verificadas assim o justificarem.

De acordo com os objectivos do Plano de Estudos, pretende-se que no final deste Ensino Integrador, tenha adquirido na prática clínica competências para:

- Analisar a complexidade presente nas situações clínicas com maior relevância na Unidade de Cuidados Paliativos na pessoa e família, em conjunto com a equipa multidisciplinar;
- Identificar factores pessoais e ambientais e os recursos presentes em situações concretas, recorrendo a técnicas de comunicação dirigidas à pessoa/família;
 - Identificar situações de luto patológico;
 - Avaliar a situação da Pessoa na sua singularidade e família/cuidador informal;
- Aplicar os princípios éticos nas principais questões éticas na pessoa em fim de vida;
- Identificar e monitorizar os sinais e sintomas mais frequentes na doença terminal;

- Planear os cuidados de enfermagem inerentes às situações identificadas, baseados nos princípios do cuidados paliativos, recorrendo à prática reflexiva.

O presente documento, divide-se essencialmente em duas partes. A primeira é a contextualização dos motivos e do interesse profissional orientador da escolha do local do ensino clínico, na segunda parte é apresentado o plano geral do ensino clínico onde são explicitados os objectivos e respectivas actividades / estratégias, tendo presente que tudo é passível de alterações adequando-se ao desenvolvimento do ensino clínico. Assim, este documento pretende ser o projecto para um local de aprendizagem eleito por mim, com objectivos que delinee, tentando cruzar os objectivos do curso com os meus objectivos pessoais, de forma a complementar o meu percurso de aprendizagem, adquirindo novos conhecimentos e competências.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESCOLHA DO LOCAL DO ENSINO CLINICO

Apesar de todos os progressos da Medicina na segunda metade do século XX, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas conduziram a um aumento significativo do número de pessoas que não se curam.

O modelo da medicina curativa, agressiva, centrada no “ataque à doença” não se coaduna com as necessidades deste tipo de pessoas, necessidades estas que têm sido, frequentemente, esquecidas.

A não-cura era (e vulgarmente ainda continua a ser) encarada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração, uma área de não-investimento.

A doença terminal e a morte foram “hospitalizadas” e a sociedade, em geral, aumentou a distância face aos problemas do final de vida. As questões em torno da morte – e que interessam a todos - constituem ainda hoje um tema tabu.

Os Cuidados Paliativos são os cuidados que respondem aos problemas que decorrem da doença avançada, prolongada, incurável e progressiva, e tentam prevenir o sofrimento que ela gera, proporcionando a máxima qualidade de vida possível aos doentes e suas famílias. Baseiam-se no controlo activo dos sintomas, na comunicação eficaz com o doente e família, e num trabalho em equipa interdisciplinar. Podem durar semanas, meses e, mais raramente anos, e prolongam-se pelo período do luto.

Segundo a definição da OMS– Organização Mundial de Saúde, em 2002, os Cuidados Paliativos:

- Proporcionam alívio da dor e de outros sintomas incomodativos e geradores de sofrimento.

- Afirmam a vida e vêem a morte como um processo normal.
- A sua intenção não é, nem apressar, nem adiar a morte.
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados à pessoa e oferecem um sistema de suporte para os ajudar a viver tão activamente quanto possível até à morte.
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar a família a lidar com a doença da pessoa e com o período de luto.
- Utilizam uma abordagem em equipa para responder às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento durante o período do luto quando necessário.
- Realçam a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o decurso da doença.
- São aplicáveis desde cedo no decurso da doença, em conjunto com outras terapias que visam o prolongamento da vida, tal como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e lidar com os incómodos das complicações clínicas.

Os Cuidados Paliativos são cuidados fundamentais para que a pessoa tenha qualidade de vida até ao fim de vida e para que a família tenha a certeza absoluta de que está a ser feito tudo o que pode ser feito.

Neste sentido, o Código Deontológico, enuncia como princípio estruturante do agir profissional do enfermeiro, no nº 1 do seu artigo 78º, “a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Sendo basilar, este princípio fundamenta um conjunto de deveres prescritos no Código.

No caso particular dos cuidados continuados e dos cuidados paliativos, o respeito pela dignidade humana e pela liberdade de escolha sobre os cuidados de enfermagem, encontra uma clara correlação com os princípios do funcionamento da RNCCI, enunciados no artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho.

O princípio da “prestação individualizada e humanizada dos cuidados”, por exemplo, estabelecido para o funcionamento da Rede, é concretizado, no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, através do agir profissional assente na protecção da dignidade das pessoas. Em

concreto, os deveres inerentes à humanização dos cuidados, estabelecidos no artigo 89º do Código Deontológico, ao prescrever que o enfermeiro deve “dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e que deve igualmente “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”, constituem também uma densificação destes princípios.

Os cuidados paliativos definem-se como uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde activos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

Apesar da pertinência da resposta advogada pelos cuidados paliativos para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde e do seu inequívoco interesse público, o certo é que hoje, no início do século XXI, este tipo de cuidados não está ainda suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem, constituindo uma resposta indispensável aos problemas do final da vida.

Em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada Homem é preciso torná-los cada vez mais uma realidade.

É competência dos enfermeiros exprimirem-se de maneira a serem compreendidos e fazerem perceber o que querem transmitir quando estão em interacção com as pessoas.

Neste contexto, considero que face aos campos de estágios oferecidos, estes dois locais poderão ser de uma enorme riqueza para a construção do meu percurso, como futuro enfermeiro com Mestrado nesta área.

2 - PLANO DE ACTIVIDADES

Objectivo Geral:

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem na Unidade de Cuidados Paliativos (Tomar) e Casa de Saúde de Idanha, no âmbito das situações clínicas identificadas, tendo em conta a pessoa na sua singularidade e família, bem como princípios éticos e de gestão.

Área Específica	Actividades	Competências	Recursos/Intervenientes	Tempo/Data
Fase Terminal, Agonia, Morte, Perda e Luto.	- Avaliação integral da pessoa; - Realização de Acções Paliativas como medidas terapêuticas sem intuito curativo, visando minorar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global da pessoa, nomeadamente em situação	B3; C1; C2; D1; D2	Estudante do 1º CMEPPDC, Enf. ^a Ana Severina, pessoa e família.	No decorrer do estágio

Gestão de cuidados.	<p>de doença irreversível ou crónica progressiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamentos e intervenções paliativas a pessoas em fim de vida; - Controlo sintomático (dor, náuseas, obstipação...); - Apoio à pessoa e família; - Trabalho de equipa; - Conferências familiares; - Acompanhamento da pessoa/família em fim de vida, recorrendo a técnicas de comunicação: escuta activa, toque terapêutico, entre outras. <p>- Revisão bibliográfica sobre as situações identificadas, para mobilização / consolidação dos conhecimentos adquiridos no ensino teórico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escolha e implementação das intervenções 	C1,C2	<p>Estudante do 1º CMEPPDC, Enf.^a Ana Severina, Enf.º Orientador, pessoa e família</p>	<p>No decorrer do estágio</p>
---------------------	---	-------	---	-------------------------------

	<p>adequadas para a formalização de diagnósticos cientificamente sustentados. Tal facto implica o recurso à utilização de observação objectiva do doente, entrevista e utilização de instrumentos adequados (escalas etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento de ajudas técnicas, caso se justifiquem de acordo com a situação da pessoa e família e Ensino do seu uso adequado, tendo por base a componente científica; - Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais (preenchimento do referencial da Rede e SAPE); - Realização de ensinios com a participação da 			
--	--	--	--	--

<p>Ética e Bioética.</p>	<p>família para um melhor regresso a casa, após avaliação da situação pessoal e da família;</p> <p>- Escolha das estratégias mais adequadas para a continuidade dos cuidados no domicílio, se possível através de implementação (ou planeamento de implementação) de parcerias na comunidade;</p> <p>- Planeamento da Alta/Referenciação à Equipa de Gestão de Altas e Equipas Coordenadoras Locais.</p> <p>- Avaliação e realização de registo dos resultados das intervenções implementadas de forma a promover a continuidade dos cuidados e posterior avaliação.</p>	<p>A1,A2</p>	<p>Estudante do 1º</p>	<p>No decorrer</p>
--------------------------	--	--------------	------------------------	--------------------

	<p>- Aplicação dos princípios de Bioética e de Ética em Saúde nas situações concretas de cuidados continuados e paliativos;</p> <p>- Emprego dos princípios gerais estabelecidos pelo Código Deontológico dos Enfermeiros;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O princípio da beneficência; • O princípio da não-maleficência; • O respeito pela autonomia; • Justiça • Dignidade humana • Vulnerabilidade 		CMEPPDC, Enf. ^a Ana Severina	do estágio
--	---	--	---	------------

<p>Comunicação Terapêutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a comunicação entre pessoas, familiares e equipa para fortalecer os vínculos, o apoio mútuo e viabilizar a tomada de decisão compartilhada; • Permitir a expressão de pensamentos, sentimentos e desejos; • Utilizar estratégias de comunicação terapêutica para promover o conforto e aliviar o sofrimento. • Comunicação de Más Notícias • Comunicação Verbal e Não Verbal • Distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adaptando de modo intelegível o 		<p>Estudante do 1º CMEPPDC, Enf.^a Ana Severina</p>	<p>No decorrer do estágio</p>
---------------------------------	--	--	---	-------------------------------

	<p>nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidade particulares de cada doente e família;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreensão das barreiras no processo de comunicação; • Antecipação e informação das mudanças previsíveis no plano de cuidados; • Gestão da esperança; • Suporte e apoio em situações complexas: processo de negociação, conspiração do silêncio, prevenção de conflitos. 			
--	--	--	--	--

Objectivo Geral:

Desenvolver competências no âmbito da melhoria continua da qualidade.

Área Específica	Actividades	Competências	Recursos/Intervenientes	Tempo/Data
Qualidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none">- Contribuir para a melhoria da qualidade, segundo os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, R.E.P.E e Regulamento da Instituição/Unidade;- Colaborar em projectos institucionais na área da qualidade- Vigilância na administração e efeitos secundários de substâncias terapêuticas;	B1; B2; B3	- Estudante do 1º CMEPPDC, Enf. ^a Ana Severina e Enf. ^a orientadora	- Durante todo o ensino clínico

	<ul style="list-style-type: none">- Identificação das situações de risco potencial e de crise, através de instrumentos de avaliação.- Pesquisa e mobilização dos resultados de investigação científica, na prática.			
--	--	--	--	--

Objectivo Geral:

- Avaliar o Ensino Clínico Integrador na Unidade de Cuidados Paliativos (Tomar) e Casa de Saúde de Idanha

Área Específica	Actividades	Competências	Recursos/Intervenientes	Tempo/Data
Reflexão e Avaliação da aprendizagem.	- Reuniões informais para validação do plano de actividades e desempenho profissional; -Reunião de avaliação final com Prof. ^a		- Estudante do 1º CMEPPDC, Enf. ^a Ana Severina e Enf. ^a Orientadora - Estudante do 1º CMEPPDC, Enf. ^a Ana	- Durante todo o ensino clínico - No decorrer do ensino clínico

	Orientadora		Severina	
			- Prof. ^a Orientadora e Estudante do 1º CMEPPDC, Enf. ^a Ana Severina.	- A combinar

3 - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANO	2010	2011		
MÊS	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
OBJECTIVOS				
Identificar aspectos inerentes à dinâmica e funcionamento do Serviço				
Desenvolver conhecimentos e competências na área dos Cuidados Paliativos, junto da pessoa/família, propendendo para os objectivos e as necessidades de formação no próprio contexto.				
Validar o projecto de estágio.				
Desenvolver conhecimentos e competências técnico-				

científicas e relacionais no decorrer do processo de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, como melhoria da qualidade.				
- Planear e executar intervenções de enfermagem autónomas, incrementando conhecimentos e competências na área do desenvolvimento profissional, na gestão de cuidados.				
Desenvolver conhecimentos e competências éticas no decorrer do processo de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, como melhoria da qualidade.				
Reflectir sobre as situações				

vivenciadas na prática; Avaliar as actividades desenvolvidas no percurso do estágio, tendo por base o plano de actividades				
---	--	--	--	--

3.1 - CRONOGRAMA – RELATÓRIO FINAL

ANO	2010	2011			
MÊS	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
SEMANAS	6 – 17 (1)	3 – 29 (2)	1 – 10(3) 11 – 28 (4)	1 - 31 (4)	1 - 30
ÁREAS A DESENVOLVER					
Elaboração da pergunta PICO (1)					
Enquadramento teórico (2)					

Metodologia (3)					
Apreciação crítica e síntese do conhecimento (4)					
Orientação tutelar	A combinar	A combinar	A combinar	A combinar	A combinar
Discussão Pública	A combinar	A combinar	A combinar	A combinar	A combinar

4 - CONCLUSÃO

A elaboração deste projecto é uma perspectiva futura referente ao percurso que irei tentar trilhar ao longo deste estágio. Importa referir, que tanto os objectivos que estabeleci como as actividades que me proponho a realizar foram elaborados numa perspectiva essencialmente teórica, baseando-me na essência da Rede Nacional de Cuidados Continuados que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Centrei-me, finalmente, na constância da Ética, cujo meu relatório final terá a sua incidência.

A ética é nas palavras de Megale o que de mais justo existe.

A primeira questão que importa saber é, naturalmente, o que é a ética, o que é a profissão, para num passo seguinte se demonstrar por que formas poderá a ética influenciar a conduta do profissional, quais as causas e consequências das responsabilidades éticas na profissão.

Cada vez mais as realidades complexas da sociedade, em geral, e da profissão em particular, interagem nos comportamentos dos profissionais. Quer isto dizer que do meu ponto de vista vale a pena visitar algumas ideias que possam contribuir não só para identificar alguns indicadores para a reflexão, mas também para que permitam lançar pistas susceptíveis de serem continuadas a aprofundar no futuro.

A pertinência sobre a ética no quotidiano da profissão responde a uma necessidade sentida, quer no desenvolvimento projectil em relação ao debate ético em torno das e nas organizações em geral e, em algumas profissões em particular, umas mais preocupantes, outras mais geradoras de esperança.

É sabido que a discussão feita em torno do tema sobre a ética, nos mais diversos tipos de profissão, tem-se orientado, quer queiramos quer não,

para a qualidade de vida enquanto pessoas, mas também, enquanto profissionais, com repercussões no quotidiano subjectivo das organizações e objectivo das profissões.

Assim, o principal interesse reside na análise de alguns aspectos que se pensa serem significativos, dando especial ênfase à ética profissional e à importância que esta questão assume na construção de atitudes e comportamentos profissionais das pessoas, às quais hoje tanto se presta atenção.

Neste sentido, e tendo por base o meu interesse profissional, bem como, pessoal, saliento a pertinência deste temática; debruçando-me sobre esta com o intuito impar de reflectir na prática baseada na evidencia. Assim, proponho-me a desenvolver a seguinte pergunta PICO:

A relação terapêutica contribui para a qualidade de vida da pessoa em fim de vida?

Tendo por base o contexto de Estágio, tenciono articular os objectivos a que me propus, com esta metodologia, a fim, de dar resposta e aprofundar os conhecimentos nesta temática, construindo o meu percurso académico.

Deste modo, tendo por base a conjectura absorvida na revisão bibliográfica, este projecto pode estar sujeito a alterações com o decorrer da prática, de acordo com as necessidades e circunstâncias entretanto surgidas, deixando em aberto todas as possibilidades de enriquecimento pessoal e profissional. Contudo, pretendo atingir, no final do estágio, bases sustentadas para a elaboração do relatório final..

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU NOGUEIRA J. M. (2009) - Cuidados Continuados. Desafios. UMCCI. Lisboa.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). **Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa 13.07.04.** Lisboa: Autor.

<http://www.apcp.com.pt/>

<http://www.esesfm.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>

NETO, I.G. – Princípios e Filosofia dos cuidados paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010a. p. 1-42.

Portugal – Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho *in* Diário da República I Série-A Nº 109, de 6 de Junho de 2006.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2009) - Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (*RNCCI*) (2010 em: http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Guia_RNCCI.pdf)

Anexo II
(Instrução de Trabalho – Escala de Edmonton)

1. Objectivos

Este documento tem como objectivo geral servir de ferramenta auxiliar indispensável na aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).

2. Âmbito

Aplica-se ao contexto da Unidade de Cuidados Paliativos.

3. Definições

ESAS: é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos identificados pelos cuidadores, doentes ou familiares em Cuidados Paliativos.

4. Descrição

Este documento aborda a ESAS como ferramenta indispensável para a avaliação estruturada dos nove sintomas comuns nos doentes em regime de Cuidados Paliativos.

4.1. Quando utilizar

Deverá ser preenchido diariamente enquanto não houver controlo sintomático e, quando atingido, semanalmente.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
MN.MED					99/109

4.2 Quem preenche

Idealmente deverá ser o doente a preencher o impresso da ESAS. No entanto, se este apresentar comprometimento cognitivo ou por outros motivos não o pode preencher sozinho, dever-se-á recorrer à participação do cuidador (membro da família, amigo, ou profissional de saúde).

Se o doente não pode participar na avaliação dos sintomas, ou se recusar a fazê-lo, a ESAS é completada pelo cuidador sozinho. No entanto, os sintomas considerados subjectivos não são preenchidos (ou seja, fadiga, depressão, ansiedade e o bem-estar são deixados em branco) e, o cuidador avalia os restantes sintomas de forma mais objectiva possível.

Quando o comprometimento cognitivo do doente é irreversível e não pode participar na realização da ESAS, o cuidador continua a completar a ESAS.

4.3. Com preencher

Realizar um círculo no número mais apropriado entre os dois extremos, relativo ao sintoma descrito.

Por exemplo:

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor possível

4.4. Registos

- Identificar em SAPE o foco destinado ao sintoma a controlar (por exemplo, dor, ansiedade);
- Na aplicação informática SAPE, parametrizar a intervenção destinada a avaliação sintomática através da ESAS;
- No impresso “Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton” (A Definir).

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
MN.MED					100/109



CHMT
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

ESCALA DE EDMONTON

UNIDADE: _____

SERVIÇO: _____

QUARTO: _____

DATA: _____

COMPLETADO POR:

- DOENTE
 CUIDADOR
 PROFISSIONAL

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTA: Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos sintomas, neste momento (também se pode perguntar a média das 24 horas).

Anexo III
Poster Algoritmo Controlo da Dor (OMS)

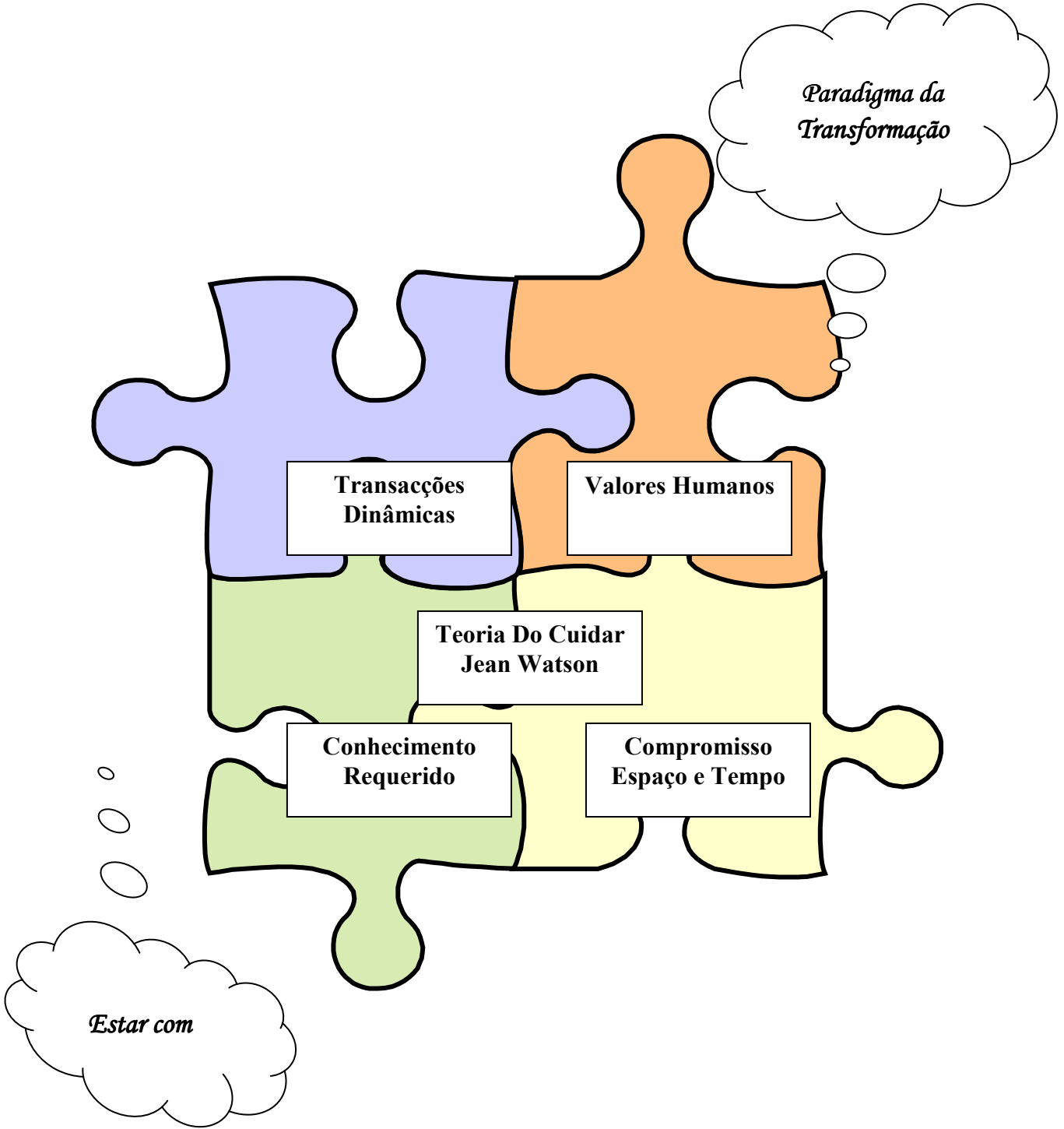
ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR



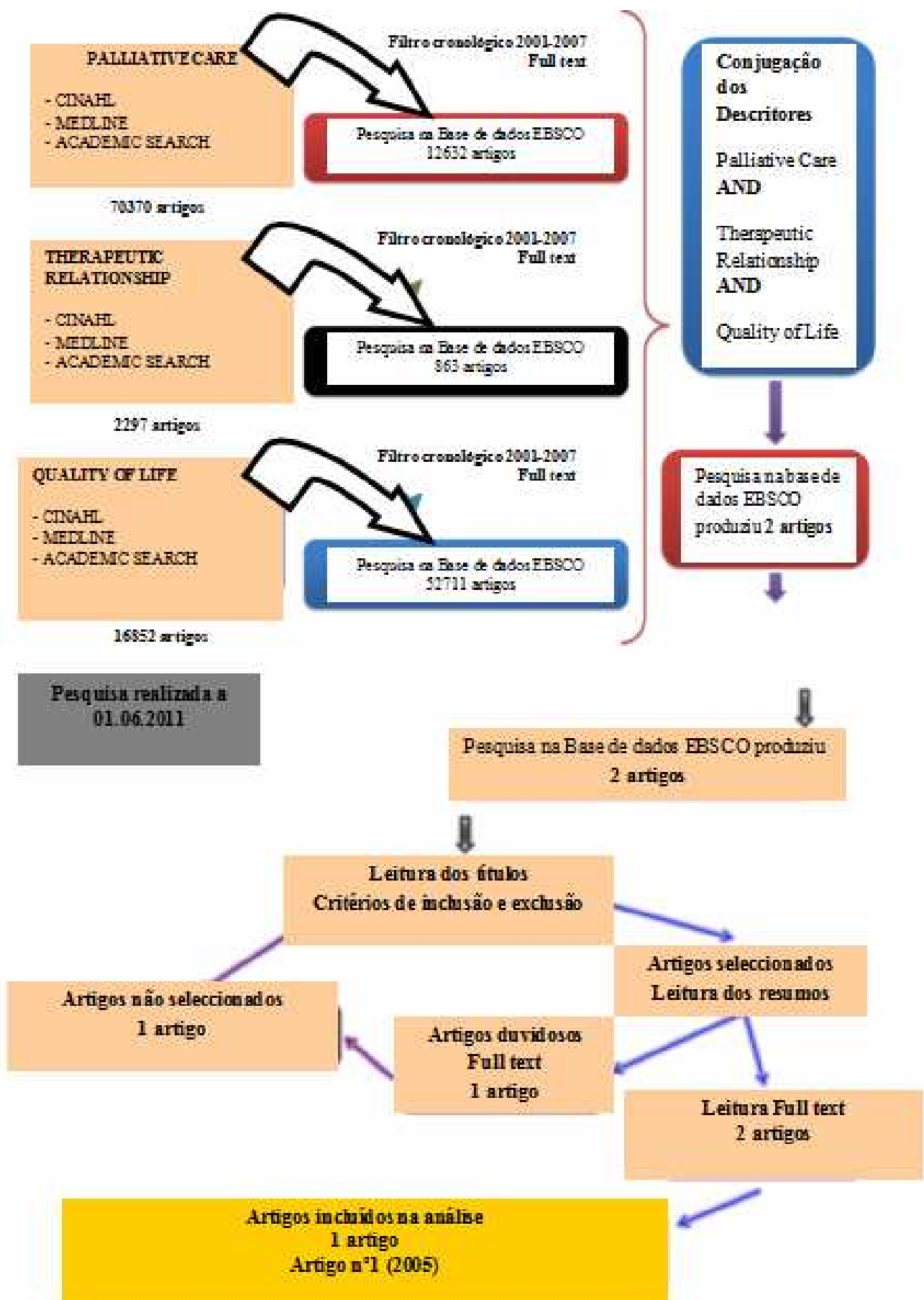
AUTORES: Severina, Ana Isabel Carvalho; Dias, Guida Antunes

BIBLIOGRAFIA: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Autor

Anexo IV
Enquadramento Conceptual



Anexo V
(Protocolo de Pesquisa e Seleção de Artigos)



Anexo VI
(Caracterização dos artigos seleccionados)

Artigo 1 (2005)	
Título	<i>Understanding patient and family: holistic assessment in palliative care</i>
Autor do Estudo	Maher, David.; Hemming, Laureen.
Tipo de Estudo	Revisão da literatura
Participantes	Base de Dados
Intervenções	<p>O alívio dos sintomas em cuidados paliativos está dependente da realização de uma avaliação holística geral e integrar estes num plano lógico de cuidados que podem ser avaliados num conjunto de metas negociadas. Este artigo descreve a natureza holística da avaliação e como o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica pode ajudar a enfermeira para aliviar a angústia, restaurar esperança e permitir que o paciente e a família para alcançar uma boa qualidade de vida.</p>
Resultados	<p>Pacientes e famílias que vivem com angústia dos sintomas são frequentemente confundidos, com medo e vulneráveis ao desespero e desamparo, fazendo a articulação da sua circunstância difícil para a enfermeira, cabendo-lhe interpretar., estabelecer e manter uma relação terapêutica com o paciente e família e utilizando as melhores ferramentas disponíveis de avaliação, abordagens holísticas podem ajudar a focar o paciente e a família sobre o potencial de melhorar a seu status de sintoma para que a sua qualidade de vida seja mantida no nível mais alto possível.</p> <p>É um processo que vai ajudar os pacientes, as suas famílias e a enfermeira para preservar sua integridade.</p>
Nível de Evidência	Nível VI