



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção
Enfermagem Oncológica**

**O Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-
Oncológica e sua Família - Intervenções de
Enfermagem**

Ângela Carina Ramos Gonçalves

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção
Enfermagem Oncológica**

**O Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-
Oncológica e sua Família - Intervenções de
Enfermagem**

Ângela Carina Ramos Gonçalves

Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

2014



“A pessoa que ajuda deverá dar sempre prioridades máxima à pessoa que é ajudada, respeitando-a, escutando-a de forma integral, não apenas com os ouvidos mas igualmente com todo o ser, apoiando-a com humanidade e a autenticidade, que a individualidade da pessoa humana requer”.

Rogers (1985)

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Professora Antónia Espadinha pela sábia orientação, pela compreensão, pelos constantes incentivos e pelas preciosas críticas e sugestões. Sem si, este percurso não teria sido o mesmo!

À minha amiga Helena Vicente, por ter entrado na minha vida, pelas palavras de conforto e motivação nos momentos de maior desânimo. Sem ti, tudo seria mais difícil!

À minha amiga Ana Carneira, um agradecimento especial pelas importantes sugestões, partilha de reflexões e por ter acreditado em mim.

Aos meus pais por estarem sempre presentes, pelo vosso amor e apoio incondicional.

À minha querida irmã, por me fazer lembrar que devemos sempre lutar por aquilo em que acreditamos e que nada se consegue sem esforço e trabalho.

Ao Carlos pela força, carinho e confiança que sempre me deu para enfrentar os momentos mais difíceis. Obrigada por estares sempre presente, nos bons e maus momentos. Obrigada por fazeres do meu mundo um lugar mais feliz!

A todos, Um Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CVC – Cateter Venoso Central

EONS – European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

HD – Hospital de Dia

OE – Ordem dos Enfermeiros

TMO – Transplante de Medula Óssea

UTM – Unidade de Transplantação de Medula

RESUMO

A hospitalização assume-se como um momento de grande tensão em que o doente e a família experienciam sentimentos de ansiedade, medo, fragilidade e vulnerabilidade. O acolhimento de enfermagem assume uma singularidade particular, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, medos, angústias, desejos, expectativas e o impacto que a doença e a hospitalização podem vir a causar na pessoa e família. Neste sentido, o acolhimento deve ser encarado como uma atitude que visa o desenvolvimento de uma relação terapêutica, caracterizando-se por constituir uma parceria entre os diferentes intervenientes fundamentado na sua individualidade e dignidade humana.

Foi meu objetivo o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que me permitissem acolher a pessoa com doença hemato-oncológica e sua família de uma forma holística e especializada.

Como metodologia, efetuei uma pesquisa de narrativa bibliográfica recorrendo a bases de dados como COCHRANE, MEDLINE E CINAHL.

Fundamentei este percurso na filosofia do “cuidar” de Collière e na aquisição de competências de Benner.

Realizei ensinamentos clínicos em serviços de referência com a finalidade de integrar o saber teórico na prática, visando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, divulgadas pela OE, e a obtenção do Grau de Mestre, conferido pela ESEL.

Recorri a uma prática reflexiva e efetuei o registo escrito de alguns momentos de interação em contexto de prestação direta de cuidados de enfermagem, utilizando o ciclo de Gibbs. Efetuei uma sondagem de opinião aos enfermeiros para conhecer a sua percepção sobre a temática.

Como resultados, e para além do desenvolvimento das competências delineadas, elaborei um *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem para o Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família* e ainda um *Guia de Acolhimento* a ser fornecido à pessoa e sua família no momento em que é acolhida pela primeira vez no serviço.

Palavras-chave: acolhimento de enfermagem, relação de ajuda, comunicação

ABSTRACT

The hospitalization is considered a moment of great tension, where the patient and the family feel moments of anxiety, fear, fragility and vulnerability. The nursing embracement assumes a very important and unique role that enables the identification of the patient's needs, problems, fears, anxieties, desires, expectations and also the impact that the disease and hospitalization may have in the patient and his/her family. Therefore, the nursing embracement should be considered as an attitude that enables the development of a therapeutic relationship or partnership between the different people involved and which is motivated by its individuality and human dignity.

My main goal was the development of technical, scientific and inter-personal competencies that would allow me to embrace and promote familiarization to the person with hematic-oncology disease and the respective family in a holistic and specialized manner.

As methodologies, I used the bibliographic research, following some specific data bases, such as COCHRANE, MEDLINE and CINAHL.

This route was based on the Collière's "take care" philosophy and on Benner's competencies acquisition.

I performed several clinical practices in well-known places, with the goal of integrating the scientific knowledge in the daily experience, aiming to develop the competency of Specialist Nurse (from OE) and to obtain the Master degree (from ESEL).

A reflexive practice was used throughout the work and the written records of the interaction activities during the nursing care direct support were performed using the Gibbs cycle. An opinion poll was performed to the nurses, in order to understand their perception about this theme.

As results, besides the development of the identified competencies, two written guides were also issued: *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem para o Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família* (Good practices in nursing for the embracing of the patient with hematic-oncology disease and respective family – advisory guide) and a Embracement guide, to be delivered to the patient and his/her respective family, during his/her first reception in the clinical service.

Key words: Nursing Embracement, inter-personal care relationship, and communication

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL	19
1.1. ACOLHER MELHOR PARA MELHOR CUIDAR: CONTRIBUTOS DE COLLIÈRE	19
1.2. A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA	21
1.3. O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO	24
1.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO DA PESSOA COM DOENÇA HEMATO- ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA	26
2. METODOLOGIA DE TRABALHO	31
3. CAMINHO PERCORRIDO	33
3.1. O ENSINO CLÍNICO NUM HOSPITAL DE DIA DA UTM DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM ONCOLOGIA.....	34
3.1.1. Objetivos Específicos.....	35
3.1.2. Refletindo sobre esta etapa de percurso	44
3.2. O ENSINO CLÍNICO NUM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM ONCOLOGIA.....	45
3.2.1. Objetivos Específicos.....	46
3.2.2. Refletindo sobre esta etapa do percurso.....	55
3.3. O ENSINO CLÍNICO NUM SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM ONCOLOGIA	55
3.3.1. Objetivos Específicos.....	56
3.3.2. Refletindo sobre esta etapa de percurso	63
3.4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – ENSINO CLÍNICO NUM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA	64
3.4.1. Objetivos Específicos.....	64
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	68
5. CONCLUSÃO/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

APÊNDICES

APÊNDICE N° 1 – Cronograma de Atividades

APÊNDICE Nº 2 – Reflexão Crítica Nº1

APÊNDICE Nº 3 – Plano da Sessão no Hospital de Dia Da Utm

APÊNDICE Nº 4 – Plano da Sessão no Serviço de Hematologia

APÊNDICE Nº 5 – Sondagem de Opinião aplicada aos enfermeiros do Serviço de Hematologia

APÊNDICE Nº 6 – Representação Gráfica relativa às questões da Sondagem de Opinião

APÊNDICE Nº 7 – Reflexão Crítica Nº 2

APÊNDICE Nº 8 – Reflexão Crítica Nº3

APÊNDICE Nº 9 – Plano da Sessão no Serviço De Hematologia

APÊNDICE Nº 10 – Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem – Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família

APÊNDICE Nº 11 – Guia de Acolhimento

INTRODUÇÃO

Os progressos científicos e o desenvolvimento das sociedades humanas nos últimos anos têm contribuído para um aumento das condições de vida, levando a um aumento da esperança média de vida. Estes fatores têm-se refletido num aumento considerável da incidência de doenças incapacitantes, crónicas, incuráveis e progressivas, o que, associado, à atual conjuntura socioeconómica, resulta em mudanças nas necessidades em cuidados de saúde da população, sendo estes mais complexos e requerendo maior exigência. Perante esta realidade, torna-se fundamental que os enfermeiros procurem atualizar continuamente os seus saberes e desenvolvam competências técnicas e relacionais, para que, sejam capazes de prestar cuidados individualizados à pessoa e sua família, atendendo às suas necessidades. Corroboro com Galhanas (1997) quando refere que a formação é importante, quer para a aquisição de qualificações básicas para o exercício profissional, quer para o desenvolvimento de competências de natureza técnica e sócio-afectiva, originando crescimento e diferenciação profissional e pessoal.

A formação deve por isso ser encarada como um modo de estar, uma constante na vida, que possibilite aos profissionais de enfermagem um meio de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a dar uma resposta adequada às múltiplas exigências que se colocam diariamente no âmbito da sua competência profissional.

A necessidade de desenvolver competências para responder às crescentes exigências da prática clínica levou-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção em Enfermagem Oncológica, desenvolvida pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste contexto, a formação contínua, nomeadamente a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. De acordo com Hesbeen *“a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a*

conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.” (Hesbeen, 2001, p. 67).

A formação especializada em enfermagem permite, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a prestação de *“cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades atuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”* (Ordem dos Enfermeiros, 1998). A Ordem dos Enfermeiros (2009, p.10) refere que *“o enfermeiro especialista é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”*. O enfermeiro especialista assume assim um papel preponderante no seio da equipa de enfermagem, uma vez que deverá contribuir significativamente para a melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados ao doente e família, sobretudo em situações de maior exigência e complexidade.

Exerço a minha prática de cuidados num Hospital especializado em Oncologia desde que iniciei as minhas funções há cerca de 9 anos, mais especificamente num serviço de Hematologia. Durante o meu percurso profissional contatei com pessoas e situações que me permitiram aprender e desenvolver enquanto pessoa e profissional. Vivencio experiências positivas, preenchidas de alegria e otimismo, mas também presencio outras, onde o sofrimento e a morte estão presentes. Apesar dos momentos menos bons com que lido todos os dias, cuidar de pessoas com doença hemato-oncológica e sua família é uma área que me fascina e que todos os dias me permite crescer enquanto pessoa e profissional.

Hoje em dia assistimos a uma evolução da formação dos enfermeiros a nível académico, e ao mesmo tempo, como não poderia deixar de ser, a uma afirmação da profissão, como autónoma e com necessidade de ter um papel e identidade próprias, no sistema de cuidados de saúde, assumindo também responsabilidades que lhe são particulares e específicas. Esta situação deverá traduzir-se no cuidar com qualidade ou cuidados de qualidade, inseridos numa postura ética, moral e deontológica em conformidade. No entanto, assistimos ainda a alguma discrepância entre as teorias e as práticas, o que vai de encontro ao que refere Costa (1998, p. 25), *“(…) em teoria, o centro da atuação da enfermagem, é a pessoa individual com*

necessidades várias. Na prática o foco da enfermagem é a doença, e os cuidados desenvolvem-se de acordo com rotinas.”

Neste quadro, a problematização da prática e a formação, parecem ser capazes de inverter esta discrepância, uma vez que nos permite refletir sobre a nossa prática e os nossos atos, identificando estratégias mediante filosofias e referências de qualidade para os cuidados.

No decurso do referido curso foi-me proposto a elaboração de um projeto de intervenção relacionado com uma problemática de Enfermagem vivenciada no serviço (onde exerço a minha atividade profissional) cuja intervenção fosse exequível, que envolvesse a equipa multidisciplinar, que permitisse a melhoria dos cuidados prestados e ainda o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira perita no cuidar destes doentes. É com base nestes pressupostos, que defini como área de interesse o “*Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família*”.

A doença oncológica, pela sua natureza, percurso e tratamento, produz um profundo impacto em todas as dimensões da pessoa e família: física, psicológica, espiritual e social (Garcia, Wax e Chwartzmann, 1996; McCray, 2000). Em Portugal, a doença oncológica apresenta-se como uma importante causa de morbilidade e mortalidade, diagnosticando-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro anualmente (Paredes *et al.*, 2008).

O medo da doença intensifica-se quando o doente precisa de ser hospitalizado, acontecimento inevitável ao longo do itinerário de doença, tornando-se esta situação um *stressor* para o doente. O doente ao ser internado vivencia todo um conjunto de circunstâncias que afetam o seu equilíbrio físico, psíquico, emocional, social e económico, cujos agentes principais são: mudança da imagem corporal, ruptura com o meio social e familiar, antecipação da dor, comunicações vagas e ambíguas do pessoal de enfermagem, perda para o doente dos seus direitos, privilégios, estatutos e sentimentos de dependências (Moreira, Castanheira & Reis, 2003).

Devemos ter consciência, que quando a pessoa é hospitalizada, esta separa-se da família, dos amigos, dos seus objetos pessoais, chegando a um mundo totalmente desconhecido onde perde a sua identidade própria. De uma hora para a outra, encontra-se com um pijama que pode não ser o seu, numa cama com características que não lhe são familiares, rodeado de pessoas e objetos que não conhece.

Desta forma, a hospitalização assume-se como um momento de tensão em que o doente e a família experienciam sentimentos de ansiedade, medo, fragilidade e vulnerabilidade, pois

como afirma Moreira, Castanheira e Reis (2003, p.28) “o internamento para o doente oncológico pode ter um duplo sentido, se por um lado pode ser encarado como um agravamento da sua doença, pode também ser a esperança para todo o processo de cura”. Assim, considero que o momento do acolhimento no serviço de internamento tem uma importância fulcral na condução de todo o processo de evolução da doença e na forma como o doente percebe a própria doença e o tratamento. Daí, o enfermeiro ser um elemento fundamental em todo este processo, uma vez que é o elemento da equipa que mais tempo passa junto destes o que lhes confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008). Sendo assim, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação e para perceber se a pessoa doente entendeu o verdadeiro significado da mensagem, dando-lhe as explicações necessárias. Martins (2008) refere ainda que, para que este diálogo aconteça, exige da parte do enfermeiro, empatia, disponibilidade, conhecimentos de psicologia e respeito pela dignidade e convicções da pessoa doente. A comunicação é parte integrante e essencial do acolhimento e ocupa um lugar primordial na relação com o doente.

De acordo com Vitória (2001), o acolhimento afigura-se como muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço, inserindo-se numa dimensão muito maior de relação de ajuda. É partindo desta premissa que ao longo deste percurso o acolhimento de enfermagem pode ser percebido por três momentos distintos, sendo eles: um marcado pelo encontro inicial e por todo o processo de aproximação entre a enfermeira e o doente e que denominei como Início da Relação; um outro constituído por todos os momentos de reencontro, durante os quais a enfermeira faz uso de estratégias terapêuticas diversas e por último, um outro que denominei Fim da Relação, e que, genericamente, configura a separação (neste caso específico do internamento, quando o doente tem alta para o domicílio). Apesar de ter feito a divisão em três momentos é importante esclarecer que esta divisão tem carácter essencialmente didático e que na prática dos cuidados não se verificam fronteiras definidas entre os referidos momentos. No decorrer destes momentos é criada uma relação terapêutica, que impõe a escuta, a valorização da pessoa como ser único, com especificidades, a identificação das necessidades do doente/família e o respeito pela sua individualidade, enfim é uma ferramenta relacional permeada pelo diálogo. Sendo que o diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e reciprocidade. É no acolhimento que se criam relações humanizadas entre quem cuida quem é cuidado e quem

acompanha, sendo ferramenta imprescindível no cuidado em saúde. A relação interpessoal que se cria entre enfermeiro e a pessoa doente é sem dúvida determinante para a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que tal como diz Collière (2000), é esta a relação que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico.

No serviço onde exerço funções, apesar do acolhimento ser valorizado pela equipa de enfermagem, muitas vezes assisto à frustração sentida pela equipa pela impossibilidade de conseguirem fazer um bom acolhimento, contribuindo para isso a falta de um espaço adequado, a falta de disponibilidade, a inexistência de recursos humanos e a inexistência de um documento escrito que possa complementar a informação a transmitir oralmente ao doente no momento da admissão. Desta forma a elaboração de um guia de acolhimento que contemple a informação a transmitir ao doente e sua família emerge como uma necessidade, com o intuito de contribuir para a visibilidade dos cuidados de enfermagem e para a melhoria da qualidade dos mesmos.

Outro aspeto relevante diz respeito ao instrumento de colheita de dados utilizado na instituição, que foi construído de acordo com as 14 Necessidades Humanas Básicas por Virgínia Henderson, e em que muitas vezes é dada pouca atenção pela equipa de enfermagem relativamente ao seu preenchimento, acabando por se perder muita informação acerca do doente e sua família.

O desenvolvimento de guias orientadores são importantes para sistematizar os elementos essenciais no Acolhimento de Enfermagem à Pessoas com Doença Hemato-Oncológica e sua Família, baseadas na evidência científica, favorecendo assim a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Na opinião das Ordem dos Enfermeiros (2007, p.10) *“Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (...) pode ser também uma estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar de saúde.”*

Após uma reflexão estruturada acerca do que já foi referido, e tendo em conta diversos factores, como sejam a minha experiência, as minhas próprias necessidades e dificuldades, bem como aquilo que consegui percepcionar sobre esta temática junto dos meus pares e da Enfermeira Chefe do meu serviço, colocaram-se algumas questões: O que valorizam os

enfermeiros no acolhimento ao doente e família? Quais os fatores que podem interferir o acolhimento de enfermagem? Qual o papel do enfermeiro no acolhimento do doente e sua família? Tendo como ponto de partida estas minhas inquietações, baseado na minha experiência, reflexões e análise crítica de interações vivenciadas, pretendo desenvolver conhecimentos e competências que me permitam dar resposta à seguinte **questão**: Que estratégias podem ser aplicadas pela equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento?

Cuidar da pessoa transcende a perspetiva do enfermeiro, de meramente executor de tarefas, surgindo numa dimensão mais holística dos cuidados, encarando assim a pessoa como um ser único detentor de dignidade, autonomia e liberdade. A pessoa deixou de ser entendida como um todo formado pela soma das partes, mas como um todo formado em interação (Gomes, 2008).

Como refere Collière (2000, p. 235), *“cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa, que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”*. O cuidado tem, assim, a ver com a atenção. O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar, ou do seu estado, do seu bom funcionamento.

A pessoa com doença hemato-oncológica deve ser assim encarada numa perspetiva do “cuidar” e no estabelecimento de uma relação de ajuda. Por este motivo decidi optar pela filosofia do “cuidar” de Collière para sustentar conceptualmente a problemática em estudo.

As necessidades e os problemas da pessoas com doença hemato-oncológica e sua família, e mais especificamente no caso do acolhimento de enfermagem, conduzem a cuidados específicos, muitas vezes complexos que exigem, da parte da enfermagem, competências que vão para além das do enfermeiro de cuidados gerais.

Pretendo assim através da realização deste trabalho desenvolver competências especializadas ao nível do saber, saber fazer e saber estar e que permitam otimizar a atuação enquanto enfermeira especialista na área do acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Para além das competências clínicas especializadas são também definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2011) competências comuns ao enfermeiro especialista e que dizem respeito à responsabilidade profissional, ética e legal; à melhoria contínua da qualidade; à

gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011).

Para além do perfil do enfermeiro especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros, a Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica (2005, p.9) defende que o enfermeiro perito em Enfermagem Oncológica deve ser capaz de reconhecer os limites do seu conhecimento, de ser capaz de prestar cuidados centrados no doente e família, baseado na evidência disponível, deve estar ciente do seu papel no seio da equipa multidisciplinar e sentir-se seguro e competente para exercer atividades em colaboração com todos os membros da equipa, reconhecendo assim o valor terapêutico da Enfermagem.

Para Benner (2001) a aquisição e desenvolvimento de qualquer competência profissional, passa por um percurso de cinco níveis consecutivos de perícia: *principiante; avançado; competente; proficiente e perito*. Ao longo do meu percurso profissional produziram-se uma série de mudanças nas competências e nos conhecimentos, assim como foram sendo diferentes as minhas atuações e a maneira de adotar e resolver as situações. Tendo por base o modelo de desenvolvimento de competências defendido por Benner, creio que atualmente me identifico ao nível de enfermeira proficiente, pretendendo com este projeto atingir o nível de perito nesta área particular do cuidados em enfermagem oncológica. Não sendo o meu objetivo prestar cuidados não refletidos, acredito que as competências adquiridas neste trabalho, me permitirão construir uma identidade profissional, tendo como base os conhecimentos teóricos e adquirindo pela experiência refletida e consciente uma base de competências que me permita prestar cuidados de qualidade e assim colocar-me mais próxima do patamar de enfermeira perita.

Com a finalidade de atingir o nível de perita no processo de cuidar da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o processo de acolhimento, proponho-me a desenvolver as seguintes **competências específicas** que me permitam ser uma enfermeira especialista que:

- Aplica evidência científica ao cuidar da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;
- Efetua o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família de acordo com os princípios éticos;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;

- Sensibiliza a equipa para a importância do acolhimento à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;
- Age como dinamizadora junto da equipa de enfermagem no que concerne ao desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento.

Para responder à problemática em estudo e para desenvolver as competências anteriormente enunciadas, determino como **objetivo geral**: *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.*

A aquisição e o desenvolvimento de competências, assim como o cumprimento do objetivo a que me proponho a atingir, irão ser conseguidos através da pesquisa bibliográfica pertinente à área em questão e da evidência atual e ainda pela experiência prática na interação com peritos e utentes, pelo que a operacionalização do projeto irá decorrer em contexto da prática clínica.

Para Benner (2001) a experiência é necessária para a perícia e o saber-fazer é adquirido pela experiência. Refere ainda que o enfermeiro perito se apercebe da situação como um todo, utilizando como paradigmas de base situações concretas que já experienciou, e vai assim de modo direto ao cerne do problema, não atendendo a um número de considerações inúteis. A autora refere ainda que o conhecimento prático adquire-se com o tempo, e os enfermeiros nem sempre se dão conta dos seus progressos. É então necessário definir estratégias para que haja um conhecimento desse saber-fazer, para que este possa ser desenvolvido e melhorado. Os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem, bem como o desenvolvimento da ciência de enfermagem (Benner, 2001). Deste modo, surgiu a necessidade de realizar três ensinamentos clínicos:

- Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM), na região de Lisboa -

A escolha deste local de estágio prende-se com o fato de ser um serviço de referência e onde os doentes têm necessidades muito semelhantes aos doentes com os quais lido diariamente. A existência de um guia de acolhimento neste serviço é também uma mais-valia.

- Serviço de Onco-Hematologia de um Hospital especializado em Oncologia, na região do

Porto – O fato de ter optado por um estágio fora da instituição, onde atualmente exerço funções, prende-se com o desejo de conhecer outra realidade no sentido de mobilizar para o meu contexto de trabalho novos conhecimentos e novas abordagens no que diz respeito ao acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, traduzindo-se assim numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- Serviço de Hematologia (local onde exerço funções)– Será um estágio realizado em contexto de trabalho onde procurarei mobilizar os conhecimentos adquiridos no exterior e sensibilizar a restante equipa de enfermagem para a desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento.

Os ensinamentos clínicos decorreram entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, conforme cronograma de atividades elaborado (Apêndice 1).

Espera-se portanto, com este relatório, contribuir com o conhecimento experienciado para que outros profissionais possam aperfeiçoar o seu desempenho tendo como objetivo melhorar o acolhimento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Para tal foram definidos como objetivos deste relatório:

- Sistematizar o percurso efetuado durante os ensinamentos clínicos, descrevendo as atividades realizadas e as competências desenvolvidas/adquiridas;
- Descrever a reflexão sobre o percurso e o trabalho realizado.

A estrutura do presente relatório inicia-se com a introdução, que inclui a definição e justificação da problemática assim como as competências e os objetivos, seguidamente apresento o quadro conceptual, para o qual se efetuou uma revisão bibliográfica, que aborda a problemática da pessoa com doença hemato-oncológica, o impacto da hospitalização e ainda o papel do enfermeiro no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família tendo como suporte teórico a filosofia do cuidar proposta por Collière. Em seguida apresento a metodologia de trabalho e a reflexão dos objetivos e atividades implementadas para a sua concretização, efetuando-se um paralelismo tanto com a pesquisa efectuada como com as competências que foram adquiridas e desenvolvidas. Por fim, são apresentadas as considerações éticas, as implicações para a prática de enfermagem e ainda a conclusão onde é feita uma reflexão sumária do percurso formativo.

1. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Neste capítulo proponho-me a fazer uma breve revisão bibliográfica relacionada com o acolhimento ao serviço de internamento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Aprofundo quatro áreas temáticas, que constituem o suporte teórico do trabalho desenvolvido, nomeadamente: Contributos de Marie-Françoise Collière no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica, um cuidado de enfermagem; A Pessoa com Doença Hemato-Oncológica, que incidirá sobre o impacto psicossocial do diagnóstico de cancro e dos tratamentos, as reações emocionais, os mecanismos de ajustamento mental utilizados pelas pessoas doentes ao longo do trajeto de doença; O Impacto da Hospitalização e por fim O Papel do Enfermeiro no Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família, no qual destaco a comunicação como parte essencial do acolhimento e como instrumento fundamental no desenvolvimento de uma relação de ajuda.

1.1. Acolher Melhor para Melhor Cuidar: Contributos de Collière

A Enfermagem, tal como nós a conhecemos, é a arte do cuidar, pois, além de atender à cura, quando é possível, atende a pessoa na sua globalidade, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar. Este cuidar holístico tem como princípios básicos o respeito pela dignidade, pelos valores, liberdade e individualidade de cada Ser Humano. Como afirma Collière (2000, p. 21) “*os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socio-económico, em cada situação*”.

Cuidados de enfermagem de qualidade impõe necessariamente um conceito de cuidados holísticos, em que cada pessoa é considerada um todo em interação com o seu meio. Porém, só é capaz de cuidar quem tem em si a capacidade de cuidar-se, conforme alerta Collière (2000, p.155) “*Cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que cuida e o que é cuidado*”.

A especificidade da disciplina de enfermagem reside na individualização dos cuidados, na capacidade do enfermeiro “*conhecer melhor para melhor cuidar*” (Collière, 2003, p. 111),

usando o seu papel privilegiado de interação recíproca com a pessoa doente, em que afeta e se deixa afetar, em que utilizando as capacidades da pessoa doente as potencia e permite que esta adote uma posição ativa no seu processo de saúde. Como refere Collière (2000, p.152) “*é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico*”. Sendo assim, o enfermeiro para prestar cuidados de qualidade importa aliar os conhecimentos científicos e as competências técnicas às competências relacionais e comunicacionais, sendo elas o acolhimento, o saber ouvir, a disponibilidade e a criatividade. De fato, como afirma Collière (2000, p. 269), “*cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional*”.

Atualmente a necessidade de humanização dos cuidados é cada vez mais sentida e exigida pela sociedade, onde se verifica uma preocupação crescente com a necessidade de Cuidar a Pessoa como um todo, em detrimento do ultrapassado conceito de tratar a doença. Tal como diz Neto (2006) o processo de desequilíbrio interior que a situação de doença provoca na pessoa, só poderá ser anulado ou aliviado quando, através dos cuidados que recebe, lhe reconheçam o direito a ser pessoa única e, sobretudo, compreendam e respeitem os seus sentimentos. Veiga chama ainda a atenção para a importância das “*pequenas coisas*” ou gestos do cuidar que são tão silenciosos que “*passam despercebidos na azáfama da enfermaria, exceto para o cliente que carece e anseia por eles*” (1994 citado por Neto, 2006, p. 32).

De acordo com Collière (2003, p. 112) importa fazer a distinção entre cuidados usuais e habituais que contribuem para manter o que aspira a viver (*care*) dos cuidados de recuperação, ou seja dos tratamentos (*cure*). É necessário que os cuidados de manutenção à vida sejam revalorizados e não relegados como acessórios, secundários, mesmo desprezados, embora sejam os mais fundamentais e nenhum tratamento os possa substituir. Entende-se por cuidados de manutenção da vida “*todos os cuidados permanentes e quotidianos que não têm outra função para além de sustentar a vida, reabastecendo-a em energia, seja de natureza alimentar, calor, luz, ou de natureza afetiva, psico-social, etc., cada um destes aspetos interferindo entre si*” (Collière, 2000, p. 237).

Cuidar da Pessoa, transcende a perspetiva do enfermeiro meramente executor de tarefas, surgindo numa dimensão mais humanizada da pessoa, acolhendo-a, informando-a e apoiando-

a, promovendo deste modo o respeito pela sua autonomia e dignidade humana. Desta forma, cuidar a pessoa, assume, nesta atitude de humanização, uma abrangência cada vez maior, não constituindo exceção neste contexto, o fenómeno do acolhimento.

Para Carneiro (1991) citado por Cardoso e Pinto (2002, p. 170) “*o acolhimento é uma atitude não de mera hospitalidade mas inserido num contexto da mais profunda relação humana (...), deverá ser cada vez mais uma técnica da relação humana que procura receber bem.*” É pelo seu cariz fundamentalmente relacional que o acolhimento surge como um cuidado de enfermagem ou não fosse o acolhimento um momento privilegiado de encontro, em que a relação enfermeiro-pessoa doente é um elemento fulcral.

A pessoa quando sujeita a um internamento fica fragilizada, angustiada, vulnerável e insegura, uma vez que o ambiente é-lhe totalmente desconhecido (por vezes “assustador”). É fundamental que durante o processo de acolhimento os cuidados sejam individualizados, nunca esquecendo que o doente também é pessoa com crenças, valores, história de vida e identidade própria, sem esquecer que este integra um sistema denominado família, do qual jamais poderá ser dissociado. Durante o acolhimento o enfermeiro deverá também prestar informações úteis à pessoa doente e à sua família e ser capaz de identificar as suas expectativas e preocupações, de forma a diminuir a sua angústia e ansiedade e assim construir uma relação de confiança e ajuda. Como afirma Collière (2000, p. 269) “*para poder «ajudar a viver», facilitar a vida, a utilização de instrumentos e técnicas exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o significado*”.

1.2. A Pessoa com Doença Hemato-Oncológica

A palavra cancro ainda está associada aos sentidos de vulnerabilidade, morte e ansiedade, visto o seu curso ainda ser imprevisível. Apesar do aumento dos índices de “sobrevivida” em oncologia, o cancro continua a ser entendido como uma doença fatal, exigindo do ser humano alterações drásticas no seu padrão de funcionamento pessoal e social, o que leva a que as suas respostas usuais sejam insuficientes ou inadequadas.

“*As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral.*” (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007, p. 5). A doença oncológica continua a

ser encarada por muitos como fatal apesar dos contínuos avanços científicos e tecnológicos, uma vez que se comporta cada vez mais como uma doença crónica, com períodos de remissão, sem doença, com ou sem tratamento de manutenção; e com períodos de recaída, com doença, e, conseqüentemente, com necessidade de tratamentos agressivos (Sá, 2003). As doenças hemato-oncológica não são exceção, sendo encaradas como uma doença crónica, com remissões e recaídas, em que as taxas de sobrevivência são cada vez maiores, apesar dos efeitos secundários dos tratamentos (Sá, 2003). Perante esta realidade, devemos entender o cancro como uma doença que afeta o equilíbrio físico, emocional e económico, provocando alterações na vida pessoal, familiar e social (World Health Organization [WHO], 2002).

Por estes motivos, Gameiro (2004) explicita que a reação à doença depende de como é interpretada no contexto do itinerário existencial (projeto de vida), da percepção que faz acerca das ameaças conferidas pela doença e dos recursos internos que possui.

As reações psicológicas podem ser diversas, dependendo de cada pessoa, visto que cada uma reage, como uma pessoa única, com as suas características, vivências e especificidades e em função de variáveis particulares: as crenças culturais, religiosas e existenciais; o autoconceito; o humor; a idade; a personalidade; a força pessoal; o nível de desenvolvimento psicológico; os fatores situacionais, como o *status* socioeconómico; o suporte social; as vivências anteriores de doença; as características da doença; entre outros (Corney, 2002; Gameiro, 2004).

O indivíduo é despertado para a ideia de que está doente através da sintomatologia, pelo que se compreende que a resposta inicial à doença seja influenciada pelos sintomas manifestados, pela significação percebida dos mesmos e pela forma como estes interferem no seu dia-a-dia.

A primeira tarefa que se coloca à pessoa doente é a «entrada na doença», isto é, reconhecer que se encontra doente e que necessita de ajuda (Gameiro, 2004). De acordo com este autor, a decisão de recorrer aos serviços de saúde implica uma ambivalência emocional: por um lado, a pessoa não quer saber o que tem, pelo pressuposto de uma doença grave, por outro, deseja saber o que se passa, na esperança da leveza do diagnóstico. Experimenta, assim, uma conflituosidade entre o medo da gravidade do veredicto médico e a esperança de encontrar alívio para o seu sofrimento.

As reações emocionais a um diagnóstico de cancro alternam entre: a ansiedade, o choque, a negação, a depressão, o choro, a raiva, a angústia, a aceitação resignada, alterações do humor, a irritabilidade, entre outras (Garcia, Wax & Chwartzmann, 1996; Gómez-Sancho, 2000). É

um tempo de desorganização e de turbilhão emocional, envolvendo-se a pessoa doente numa tentativa desenfreada de dar significado a esta nova realidade.

Um estudo sobre as reações da pessoa doente imediatamente após a transmissão do diagnóstico, na percepção do médico, revelou que a ansiedade foi a reação predominante (70%), seguida de sentimentos de medo (37%), de tristeza (19%) e de agressividade (7%) (Gómez-Sancho, 2000).

Quando a pessoa adoece, emerge a incerteza face à possibilidade de cura, ao risco de vida e ao tempo e meios necessários para o tratamento. Como refere Apóstolo *et al* (2006), a experiência de uma doença oncológica provoca sentimentos de ameaça da integridade da pessoa, relembrando-lhe a sua vulnerabilidade, de perda de finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia o que desperta na pessoa doente desconforto e sofrimento. O forte impacto gerado pela doença a nível físico e as incertezas face ao futuro induzem profundas alterações na autoimagem e no relacionamento com os outros levando a pessoa a interrogar-se sobre o sentido da vida (Visser, Garssen & Vingerhoets, 2010). Estes sentimentos são mais profundos quando em situação de quimioterapia, uma vez que se associa o desconforto que decorre do tratamento, e consequente aumento da ameaça à integridade (Apóstolo *et al*, 2006). A quimioterapia é uma das estratégias terapêuticas (além da cirurgia, radioterapia e bioterapia), para a cura ou controlo das doenças oncológicas. É um tratamento sistémico, que utiliza drogas citotóxicas, com o objetivo principal de prevenir a multiplicação de células neoplásicas, invasão de tecidos subjacentes ou o desenvolvimento de metástases (Langhorne, 2000). Dependendo do tipo e estadió da doença oncológica, a quimioterapia pode ser usada como curativa, adjuvante ou paliativa. Sendo este tratamento de natureza química, tem grande probabilidade de desencadear efeitos secundários, não só a nível físico, mas também psíquico e social, provocando sofrimento e limitações, dificultando a adesão da pessoa doente ao tratamento. O tratamento da doença hematológica maligna implica na maioria das vezes a realização de quimioterapia cistostática.

É importante não esquecer que a doença hemato-oncológica comporta-se cada vez mais como uma doença crónica, com recuos e avanços, pelo que os medos e as incertezas raramente desaparecem na totalidade, sentindo-se muitas vezes ameaçados e com dificuldades em fazer planos futuros.

Apesar do número crescente de campanhas de informação, o diagnóstico de cancro encerra uma conotação muito pesada com o sofrimento e com a morte. O cancro continua a ser

entendido como um doença sem cura, que atenta contra a integridade física e psicológica do ser humano. A pessoa com doença oncológica vive perante uma angústia, pelo medo do sofrimento, da dor, das perdas de papéis, a mutilação ou amputação de uma parte do corpo e mesmo da morte (Espadinha & Santos, 2012).

A forma como a pessoa e a família se adaptam à situação de uma doença oncológica, depende em grande parte do significado que a pessoa/família atribuem à doença e relaciona-se com as suas representações de doença e estar doente. Na perspetiva de Pereira (2008), as representações sociais constituem uma forma comum de um determinado grupo perspetivar a realidade e de se comportar perante essa mesma realidade. *”As crenças, representações e sentimentos influenciam a aceitação da doença (positiva ou negativa) e podem afetar a forma como o indivíduo se posiciona perante o tratamento. O significado da doença para a pessoa vai ser extremamente importante no modo individual de reagir”* (Eustáquio & Mendes, 2000, p. 21). É pertinente que o profissional de saúde conheça o significado que a pessoa doente atribui à doença, só desta forma poderá dirigir a sua ação, compreendendo a razão de alguns comportamentos e apoiando-o na tomada de decisão.

De acordo com Dias (1997, p.99), a *“adaptação do doente oncológico à sua doença parece ser fortemente influenciado pelo apoio psicossocial que recebe”*. Desta forma, é fundamental não esquecer a importância de uma comunicação eficaz: *“dar informação às pessoas será benéfico do ponto de vista do seu ajustamento psicossocial e obviamente relevante em termos da qualidade global da prestação de cuidados de saúde”* (Dias, 1994, p.6). Durante o processo de acolhimento a relação que se estabelece entre enfermeiro e pessoa doente pode repercutir-se no seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

1.3. O Impacto da Hospitalização

O internamento tem um grande impacto no doente hemato-oncológico, na medida em é sentido como um choque num ambiente desconhecido, verifica-se uma separação do seu ambiente familiar, uma quebra nos seus hábitos de vida e é entendido como uma ameaça no cumprimento dos seus projetos futuros. A casa e o ambiente habituais são substituídas por uma enfermaria partilhada com desconhecidos, tudo começa a ser regulado pelos horários hospitalares e pela disponibilidade dos profissionais, o doente passa a depender menos de si próprio e mais dos outros. Como refere Moreira e Figueiras (1981) citado por Vitória (2001,

p. 12) “...O receio da doença, a expectativa face ao desconhecido, no momento da hospitalização dominam o seu espírito...”.

A hospitalização, como consequência da doença, vai aumentar os sentimentos de ansiedade e medo e, no caso dos doentes oncológicos esses sentimentos serão agravados pelas dúvidas e incertezas do sucesso do tratamento, bem como pelo receio e medo face ao prognóstico e qualidade de vida (Moreira, Castanheira & Reis, 2003).

Ao analisar etimologicamente a palavra hospital, esta tem a sua origem no latim “*hospitale*”, que significa hóspede, hospitalidade. Tendo por base esta significação, a hospitalização e o acolhimento acabam por ser realidades muito próximas, sendo na minha perspetiva interdependentes, uma vez que para o sucesso da hospitalização depende um bom acolhimento e, de modo inverso, pois como refere Cardoso e Pinto (2002, p. 11) “*o processo de acolhimento vai condicionar, em grande parte, o decurso do internamento e a atitude do doente em relação aos profissionais de saúde*”.

O internamento para o doente oncológico, na maioria das vezes tem um duplo sentido: pode ter uma conotação positiva, ou de esperança pois, como refere Rodrigues (1999, citado por Dutra, 2009), o interesse do doente em ficar bom, leva-o a aceitar o Hospital como o local onde é possível recuperar a sua saúde e onde se associa fortemente o objetivo da cura. Serrão (2004) é da mesma opinião, ao evidenciar a visão positiva do hospital referindo ser o cenário mais prestigiado para cuidados de saúde, dado que nele se concentram recursos humanos, técnicos, instrumentos e laboratórios que permitem a execução de um diagnóstico seguro e garantem a realização de tarefas terapêuticas adequadas para o restabelecimento da saúde.

No entanto, a ideia de uma eventual hospitalização reveste-se, ainda, de uma conotação marcadamente negativa, pois de acordo com Vitória (2001, p. 13) “*a hospitalização (...) faz também o doente recordar não só a sua doença, mas também as implicações da mesma na sua vida, os receios, fantasias e imagem de um lugar desconhecido e temível, onde se sofre e a morte está presente.*”

De fato desde o primeiro momento em que a pessoa doente é hospitalizada, várias são as alterações na vida da pessoa: a mudança de ambiente, alguma perda de identidade e a dificuldade em se adaptar a eventuais alterações físicas resultantes da doença e tratamentos.

Face ao que foi referido, realço a importância dos enfermeiros saberem analisar o impacto que a doença e a hospitalização podem vir a causar na pessoa, como também é fundamental que sejam capazes de compreender as repercussões que podem surgir quer a nível pessoal e

familiar (Gouveia, 1997 citado por Vitória, 2001). Nesta perspetiva, o enfermeiro deve compreender a importância do primeiro contacto que se estabelece com o doente, adotando atitudes que ajudem a encarar a hospitalização de forma a facilitar a sua recuperação e proporcionar um acolhimento o mais agradável possível, dando ênfase ao “cuidar” em detrimento do “tratar” de modo a minimizar o impacto psicológico que se possa verificar, seja no momento de admissão ou mesmo no decorrer do internamento.

O momento do acolhimento de enfermagem assume-se assim de extrema importância no decorrer de todo o processo de evolução da doença, pois afigura-se ser determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento e adaptação do doente/família à sua nova situação.

1.4. O Papel do Enfermeiro no Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família

O acolhimento, de acordo com Ferreira e Valério (2003), afigura-se como muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço. De facto, o acolhimento é um cuidado de Enfermagem. É considerado um *“cuidado por excelência, síntese de algumas particularidades técnicas e duma grande carga de relação/comunicação”* (Rodrigues, 1999 citado por Dutra, 2009, p. 43).

Para Formarier (1984) citado por Vitória (2001, p.10) o *“...acolhimento é uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro. Não é um ato, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e sentir do enfermeiro, expressos por meios de modos de ser, de ações de ajuda...”*.

Segundo Vilagrasa (1991) citado por Vitória (2001), o acolhimento do doente deve revestir-se de alguns pressupostos: Saber o que representa para o doente ter um problema de saúde que motive o internamento; Estabelecer uma comunicação e relação com o doente e família de acordo com as suas necessidades; Ajudar o doente e família a enfrentar uma nova situação; Valorizar as necessidades de cuidados básicos do doente. Como nos refere Collière (2000, p. 241) *“cuidar não se pode limitar a tratar a doença”*, cuidar em enfermagem transcende a perspetiva do enfermeiro meramente executores de tarefas centrado no modelo biomédico, na medida em que favorece a participação da pessoa no seu tratamento, compreende-o inserido

no seu contexto, tendo em conta os seus valores culturais, sociais, morais, éticos, religiosos, entre outros.

Compete ao enfermeiro procurar ultrapassar barreiras, que dificultem um bom acolhimento, de forma a proporcionar à pessoa doente uma boa adaptação. Efetivamente, o acolhimento da pessoa doente, como refere Serrão (2004), sendo da responsabilidade particular do enfermeiro, deve decorrer num ambiente de privacidade, com disponibilidade temporal suficiente para que o doente possa verbalizar os seus medos e preocupações e deve ser baseado numa informação e comunicação aberta, tendo em vista a otimização de uma relação de confiança entre enfermeiro-pessoa doente. O acolhimento é um cuidado de enfermagem, inserido no contexto do cuidar e ligado à competência relacional do enfermeiro. Nesta perspetiva o acolhimento de enfermagem veicula um poder que, pelos seus efeitos na existência, pode libertar ou reduzir as capacidades em presença, afectando assim tanto quem presta como quem recebe os cuidados. Como refere Collière (2000), cuidar é um modo de agir sobre o poder de existir, mobilizando-o, utilizando-o e desenvolvendo-o sempre que o amplia ou, pelo contrário, reduzindo-o, contraindo-o ou imobilizando-o de cada vez que o cuidar atenua as capacidades do homem para poder existir.

Um bom acolhimento possibilita a identificação das preocupações e expectativas da pessoa doente podendo ajudá-la a ultrapassar as dificuldades, os medos, as angústias e até as incertezas, assim como estabelecer uma relação de confiança e ajuda. O acolhimento implica uma relação interpessoal sendo o momento ideal para se iniciar uma relação de ajuda. Segundo Santos (2000), a relação interpessoal, na sua vertente de relação de ajuda, é um tipo de interação fundamental à prática dos profissionais de saúde, que assenta nos princípios da aceitação, respeito pelo outro e da autonomia, sendo a pessoa doente o elemento fundamental do processo de ajuda. Collière (2000, p. 152) afirma que a relação interpessoal entre enfermeiro – pessoa doente *“é uma fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação”*.

A relação de ajuda é uma troca, tanto verbal como não-verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem - estar físico ou psicológico (Phaneuf, 2005). Como refere Hesbeen (2000), a relação de ajuda que se estabelece com o outro, representa a forma mais nobre e

exímia de cuidar, porque engrandece de forma magistral, a nossa existência, ela transformamos. Carl Rogers (1969) foi um dos grandes impulsionadores da relação de ajuda e da relação terapêutica definindo-as como relações nas quais, pelo menos uma das partes, procura na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida (Jorge, 2004).

Para que a prática de enfermagem vá de encontro às necessidades da pessoa doente na sua totalidade, tem de ser baseada numa relação de ajuda que impõe o saber escutar, sendo que nunca poderá ser um simples ouvir ou prestar atenção superficial, deverá sim consistir na utilização de todos os sentidos de modo a captar as vivências de outra pessoa. A verdadeira escuta, é aquela que permite à pessoa expressar os seus sentimentos. Segundo Carkhuff (1988, p.46), a escuta ativa é “ (...) como uma disponibilidade ou uma atenção dirigida à pessoa que vai ser ajudada. A escuta traduz-se por um comportamento físico (postura), observação (olhar o outro) e escuta propriamente dita (audição) ”. Lazure (1994, p. 105) sugere a adoção de algumas estratégias para escutar eficazmente, sendo elas:

- concentração no desejo de escutar em estreita relação com o doente;
- escolha de um local calmo e favorável;
- manutenção de uma distância confortável e respeitosa, tendo em consideração a origem étnica e a cultura do doente;
- adoção de uma posição que demonstre interesse pelo doente e pelas suas palavras;
- olhar para o doente, sem no entanto fixar o seu olhar para não aumentar a sua ansiedade;
- fazer silêncio dentro de si e refletir antes de responder; estar atenta à linguagem não verbal e valorizá-la;
- demonstrar honestidade para o doente;
- mostrar disponibilidade. (Lazure, 1994, p. 105)

Segundo Lazure (1994), existem outras atitudes importantes em qualquer profissional de saúde para estabelecer uma relação de ajuda com a necessária qualidade: a compreensão empática, a autenticidade/criatividade, a congruência e o respeito mútuo.

A empatia é uma componente essencial na relação de ajuda, que significa ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, embora reconhecendo sempre que a vivência é da outra pessoa e não nossa. Phaneuf (2005, p.346) define empatia como um “*sentimento profundo de compreensão do outro.*” A empatia torna-se então, o equilíbrio entre a sensibilidade excessiva demasiado intensa, e o outro extremo que é uma atitude demasiado neutra a nível afetivo, muito distante e muito pouco humana. O profissional de saúde deverá tentar encontrar o equilíbrio entre estes dois extremos e desse modo compreender a pessoa doente. Geralmente, a pessoa doente deseja que o profissional compreenda não só o conteúdo daquilo que comunica, mas também os seus sentimentos e emoções em determinada situação.

A relação de ajuda baseia-se também na congruência, ou seja, na capacidade de o profissional ser autêntico e verdadeiramente ele próprio, exprimindo os seus próprios sentimentos sem que haja diferenças entre a linguagem verbal e não-verbal. Para que haja congruência na relação é necessário que o profissional se aceite a si próprio como é e que os seus comportamentos estejam em harmonia com as suas emoções (Phaneuf, 2005).

Segundo Stefanelli (2005 citado por Briga, 2010) demonstrar congruência, consistência e empatia, ajudar o doente a aceitar-se como ele é, ser flexível, manter o contacto visual, respeitar o seu silêncio, promover o alívio da sua ansiedade são factores essenciais que podem fomentar o estabelecimento de uma relação de confiança. Riley (2004) acrescenta ainda que o facto da pessoa ser respeitada faz sentir-se importante, cuidada e validada. Neste sentido, o profissional de enfermagem deve considerar a pessoa doente como um ser único detentor de dignidade e autonomia, acreditando que este é capaz de tomar decisões, ajudando-o a descobrir os seus recursos para cuidar de si próprio. Nesta situação *“o poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador de cada vez que é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como do enfermeiro”* (Collière, 2000, p. 315).

A comunicação não se refere apenas às palavras, mas abrange uma vertente muito importante que diz respeito à comunicação não-verbal, pois estudos referem que esta transmite aproximadamente 75% do que queremos dizer (Querido *et al*, 2006), e a pessoa doente e família, procuram pistas na expressão dos profissionais e retiram conclusões acerca da aceitação e da preocupação que têm para com eles, assim como se a nossa comunicação não-verbal é congruente com a verbal. Estas pistas são procuradas no nosso contacto visual, na expressão facial, no tom de voz, na postura e movimento e no toque. Podemos assim afirmar, que segundo Pereira (2008, p.59), *“ a consciencialização e a valorização dessas mensagens, são fundamentais em todos os processos interaccionais, pois ajudam a eliminar ou a diminuir as barreiras, que impedem o desenvolvimento pessoal e uma comunicação eficaz ”*.

Então, podemos dizer que a relação de ajuda se manifesta através de comportamentos e atitudes do profissional, implicando portanto competências a nível da comunicação verbal e não-verbal. De acordo com Collière (2000) para que se estabeleça uma comunicação efetiva/afetiva é necessário que dinamizemos o nosso olhar, a nossa escuta, a nossa atenção e a nossa reflexão. *“Sem envolvimento do cuidar, os cuidados de enfermagem não terão poder e serão arrasadores”* (Benner, 2001, p. 236). Neste sentido, a relação que se estabelece entre

enfermeiro-pessoa doente deve ultrapassar o simples ato de curar e como refere Collière (2003) o cuidar deve ir além do tratamento da doença.

Vários estudos (Chris, 2006; Pereira, 2008; Soares, 2007) confirmam que a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz a pessoa doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com o profissional de saúde. Dar a informação à pessoa doente, sempre de acordo com as suas necessidades, pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação. Em Portugal a necessidade de informação ao doente e à família é reconhecida como um direito destes, que está consagrado e enunciado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Direção Geral de Saúde, 1999) no seu artigo 6º *“O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.”* O dever de informação encontra-se também expresso no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), em que afirma que o enfermeiro *“no que diz respeito ao direito pela autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família/ significantes e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo no âmbito dos cuidados de enfermagem”*.

Compete ao enfermeiro desenvolver esforços no sentido da disponibilização de informação objetiva e correta, adequada ao grau de consciência e capacidade de entendimento e que considere a singularidade de cada ser humano, garantindo assim o direito à autodeterminação.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

No âmbito deste percurso de aprendizagem existiram procedimentos metodológicos de natureza distinta que nortearam a minha atuação.

De modo a reunir uma literatura relevante para a realização e implementação deste projeto, procedi a uma pesquisa bibliográfica narrativa e crítica que assentou em livros e artigos científicos, onde recorri também ao motor de busca electrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados: CINAHL Plus *with Full Text*, MEDLINE *with Full Text* e COCHRANE *Central Register of Controlled Trials*.

Com a finalidade de efetuar uma contínua aplicação do saber teórico e científico na prática profissional selecionei serviços para efetuar ensinamentos clínicos que me permitissem desenvolver as competências intrínsecas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica. Como refere Benner (2001) o conhecimento apropria-se através do saber experiencial e da transposição desse saber para o contexto dos cuidados de enfermagem, tendo em conta que as aprendizagens emergem de situações peculiares vivenciadas na prática. É neste sentido, que ao longo dos ensinamentos clínicos efetuei o registo escrito de algumas reflexões e análise crítica sobre situações da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, mais especificamente relacionadas com o acolhimento, estimulando assim uma prática reflexiva e um pensamento crítico, contribuindo desta forma para a autonomia na tomada de decisões.

Com a finalidade de identificar estratégias que suportem a equipa de enfermagem no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família e consequentemente promover a melhoria da qualidade de cuidados a estes doentes e suas famílias, efetuei uma sondagem de opinião através da aplicação de um questionário com cinco perguntas de resposta aberta. Procedi também à elaboração de documentos orientadores da boa prática clínica, nomeadamente, um Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem no *Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família*, assim como, um Guia de Acolhimento com informação a ser transmitida à pessoa com doença hemato-oncológica no momento em que é acolhido pela primeira vez no serviço. Para finalizar,

efetuei o presente Relatório de Estágio que espelha todo o meu percurso de aprendizagem e de aquisição de competências, sendo também um momento de reflexão sobre as experiências resultantes do estágio, tendo contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

3. CAMINHO PERCORRIDO

Para dar início a esta componente prática do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, refleti sobre o que gostaria de aprender, que oportunidades gostaria de ter e em que problemas poderia intervir como futura enfermeira especialista, na abordagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, de uma forma complexa e holística. Para determinar as competências a desenvolver fundamentei-me no Perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, designado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), nas competências do enfermeiro especialista em oncologia, definido pela EONS (2005), no Regulamento de Mestrado da ESEL (2013) e ainda na filosofia de desenvolvimento de competências definido por Benner (2001).

Indo de encontro à opinião de alguns autores (Phaneuf, 2005; Riley, 2004; Serrão, 2004; Collière, 2000; 2003; Hesbeen, 2000 e Vitória 2001) que afirmam que a comunicação (verbal e não verbal), sendo uma estratégia fundamental no acolhimento de enfermagem, pode facilitar o desenvolvimento de uma relação de ajuda entre o enfermeiro e pessoa doente, ou pelo contrário contribuir para a criação de barreiras no estabelecimento dessa mesma relação, tracei o seguinte objetivo geral para o 3º semestre: *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.*

Posteriormente foram delineados os objetivos específicos e planeadas as atividades a desenvolver durante as três experiências de ensino clínico em conjunto com a docente tutora do projeto. Ambos foram também discutidos com as enfermeiras orientadoras dos ensinamentos clínicos, tendo-se procedido a alterações sempre que assim se justificasse de acordo com as especificidades dos serviços.

Procurei ao longo do meu percurso de aprendizagem, estar atualizada a nível de conhecimentos teóricos e científicos, de forma a poder enquadrar esse conhecimentos na prática dos cuidados. Sendo assim, posso afirmar que agi de acordo com o CDE, artigo 88.º - Da excelência do exercício, alínea c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

A escolha dos locais para a realização dos ensinamentos clínicos, deveu-se ao facto de serem serviços cuja especificidade de cuidados eram muito semelhantes à da minha prática de cuidados, pelo contributo que ambos poderiam trazer para a operacionalização do projeto e ainda pela transformação e desenvolvimento de competências que pretendia adquirir.

A realização dos estágios nos três ensinamentos clínicos fomentou um olhar diferente sobre os cuidados, um olhar reflexivo e de análise crítica que influenciou em formas de intervir, pautadas em bases científicas e atualizadas, como é evidenciado no registo escrito de situações de interação de cuidados (Apêndices 2, 7, 8). Referindo Collière (2000) *“como os serviços são os lugares de expressão da prática profissional é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos provenientes das situações e os que iluminam o seu significado. É aí que é possível aliar a reflexão à ação. É aí que podem ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar cuidados de enfermagem, que tenham em linha de conta o que é importante para a vida dos utilizadores, sem minimizar o que representa, para quem os presta.”*

A elaboração e implementação deste projeto promoveram a mobilização e aquisição de conhecimentos, que de uma forma humilde mas sempre com uma postura determinada, consegui transmitir a toda a equipa o que é ser especialista, ao ser uma referência no *“Acolhimento de Enfermagem à Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família”* e assim promover o envolvimento de toda a equipa.

3.1. O ensino clínico num Hospital de Dia da UTM de um Hospital especializado em Oncologia

Optei por iniciar o meu trajeto de estágio na UTM, visto ser um serviço de referência e onde os doentes têm necessidades muito semelhantes aos doentes com os quais lido diariamente. O facto do serviço possuir um guia de acolhimento foi também determinante na escolha deste local de estágio.

A UTM está organizada em quatro áreas distintas: Internamento, Consulta externa, Hospital de Dia e Laboratório de Criobiologia.

Decidi concretizar o ensino clínico no Hospital de Dia, uma vez que é neste serviço que existe uma consulta de enfermagem pré-TMO organizada e sistematizada onde fazem a preparação da pessoa e sua família para o transplante de medula óssea e onde o acolhimento de enfermagem é efetivamente realizado por toda a equipa, tanto na fase pré, como na fase pós

TMO. Neste serviço são também realizados todos os procedimentos de colheita de células para transplante em sangue periférico a doadores e doentes. Faz-se um acompanhamento dos doentes/ família em fase pré e pós TMO, bem como, dos doadores de medula. São administradas as terapêuticas de suporte necessárias (soros, antibióticos, antivíricos, imunossuppressores, factores de crescimento hematopoiéticos, imunoglobulinas) e transfusões. Realiza-se também fotoforese extracorporeal e ainda transplantes em ambulatório com condicionamento de intensidade reduzida (RIC - Reduced intensity conditioning).

Apesar do serviço e da sua dinâmica de funcionamento serem distintas da minha prática diária, a integração foi bastante facilitada, pelo facto de durante o meu percurso profissional já ter tido a oportunidade de estagiar quer no Internamento, quer no Hospital de Dia da UTM. Senti-me muito bem acolhida por toda a equipa multidisciplinar, tendo sido um factor motivador e facilitador na minha aprendizagem. O ensino clínico decorreu no período de 30 de Setembro a 8 de Novembro de 2013, num total de 144 horas.

3.1.1. Objetivos Específicos

a) Conhecer o papel do enfermeiro do Hospital de Dia no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família na fase pré e pós TMO

Corroboro com alguns autores (Vitória, 2001; Cardoso & Pinto, 2002; Moreira, Castanheira & Reis, 2003; Jorge, 2004) quando afirmam que durante o processo de acolhimento, a comunicação inicial que se estabelece com a pessoa doente e sua família vai condicionar em grande parte o decurso do internamento e a atitude da pessoa doente em relação aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros. Trata-se de um cuidado facilitador da adaptação da pessoa à sua situação de doença, bem como ao meio hospitalar.

Quando uma pessoa tem que ser hospitalizada, é importante diminuir os sentimentos gerados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, pelo medo da morte, por experiências anteriores negativas ou pela chegada a um lugar desconhecido. Um acolhimento caloroso, baseado numa informação, comunicação aberta e identificação das suas expectativas e preocupações podem diminuir a sua angustia e ansiedade e ajudar no estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda. Como refere Collière (2003, p. 134), *“partir das preocupações das pessoas, das suas*

inquietações, da expressão dos seus desejos, das suas expectativas, dá a possibilidade de aprender o que indicam como prioritário, o que mais a toca”.

Atividades desenvolvidas

1. Colaborei na prestação de cuidados à pessoa e sua família na fase pré e pós TMO em contexto de Hospital de Dia

No Hospital de Dia foi criada uma consulta de enfermagem pré TMO, para dar resposta a uma necessidade de preparar a pessoa e a sua família para o TMO. Nesta consulta é realizada uma entrevista de enfermagem, cujo o objectivo, é ajudar a pessoa e a sua família a compreenderem como será o internamento, o isolamento, a quimioterapia, a aplasia e como será o seu dia-a-dia no internamento. É também um momento onde as pessoas têm a oportunidade de colocar e esclarecer dúvidas relativamente ao momento do transplante de medula óssea. A consulta de enfermagem pré TMO é considerado um momento de grande importância no sentido de facilitar o contacto do doente com a unidade e familiarizá-lo com toda a complexidade de ações aos quais ele será submetido. De acordo com Paixão e Valério (2008), a consulta de enfermagem é considerada uma atividade autónoma baseada em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respectiva avaliação, assim como reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

Durante o meu ensino clínico no Hospital de Dia tive a oportunidade de assistir a cinco consultas de enfermagem pré TMO e de constatar a importância do papel do enfermeiro nesta fase de vida das pessoas/ família. O TMO é considerado uma oportunidade de cura ou aumento da sobrevida livre de doença em inúmeras doenças oncológicas ou não e que até há cerca de dois anos eram consideradas incuráveis ou fatais (Mourão & Ribeiro, 2008). Neste sentido, o TMO é encarado como um tratamento cheio de esperança, esperança na cura e numa vida melhor e que apesar da complexidade do tratamento e dos seus efeitos secundários significa uma segunda oportunidade de vida para o doente. Contudo, estes doentes chegam muitas vezes à consulta com muitas dúvidas, medos e angústias relativamente ao internamento e às suas expectativas futuras. Como refere Lacerda, Lima e Barbosa (2007, p.

245) “o transplante é um tratamento no qual o paciente necessita de uma hospitalização longa, que interfere em seus hábitos de vida, auto-imagem e auto-estima. O transplante implica em riscos severos para a integridade física do paciente, comprometendo seu senso de autonomia e controle pessoal. A iminência da morte é uma ameaça onipresente que afeta também a família.”

O profissional de enfermagem desempenha assim um papel fundamental de educador e de suporte emocional. De acordo com Benner (2001, p. 200) “ as funções educativas, relacionais e as observações da enfermeira têm um papel maior na readaptação do doente e na promoção da saúde”.

Durante a consulta, o enfermeiro para além de validar a informação que a pessoa já sabe sobre o TMO, esclarece dúvidas sobre o internamento, o isolamento, como será o seu dia a dia na unidade, os possíveis efeitos secundários/ complicações, os cuidados a ter quando tiver alta e favorece ainda a expressão de emoções, sentimentos e preocupações, num ambiente de privacidade, respeitando a individualidade de cada doente e facilitando sempre a presença da família/pessoa significativa. Como refere Bolander, Sorensen e Luchmann (1998), os enfermeiros como elementos da equipa multidisciplinar mais próximos do doente necessitam de estar preparados para fornecer apoio emocional, que se pode evidenciar na adaptação à experiência hospitalar, na preparação dos doentes para a realização de exames e tratamentos ou outras intervenções desconfortáveis. A necessidade de informar o que vai acontecer durante os exames e tratamentos, de que modo os doentes podem cooperar, e permitir que eles expressem as suas dúvidas e as suas preocupações podem maximizar o seu autocontrolo e a adaptação.

Durante esta consulta foi também fornecido aos doentes e seus familiares um Guia Pré Transplante– “*O meu Transplante: Perguntas e Respostas*”, sendo um aspecto facilitador do ensino realizado. Vitória (2001, p. 15) ao citar Gouveia (1992) diz que “...ao recém admitido deve sem demora ser dado apoio traduzido em explicações dos porquês, da organização, de como e de quando agir em circunstâncias determinadas e de quem poderá ajuda-los na resolução das dificuldades (...) para facilitar o uso de informações recebidas, poderá ser distribuído um manual de acolhimento em brochura simples e prática...”. Após o término da consulta é dada também a oportunidade dos doentes fazerem uma visita guiada à UTM-internamento, onde estes ficam a conhecer a estrutura física do quarto de isolamento, encarado para muitos doentes como um momento de grande ansiedade. Todas as consultas

que assisti, apenas um doente se recusou a fazer essa visita, alegando que “*não sentia necessidade de conhecer in loco a unidade, visto que só lhe iria provocar mais ansiedade*”, tendo sido respeitada a sua decisão.

Segundo Busquets (1991 citado por Silva, 2010, p. 23-24), “*a hospitalização é uma situação que pode aumentar a depressão estando presente a sensação de perda das suas funções habituais e das suas relações interpessoais. Pelo facto de não conseguir realizar as suas rotinas habituais, sente-se inválido na sua intimidade*”. Cabe ao profissional de enfermagem demonstrar empatia e disponibilidade, apoiando a pessoa doente, transmitindo conhecimentos que permitam desmistificar alguns dos medos e receios sentidos, incutindo sentimentos de segurança, conforto e tranquilidade. Pude constatar que os doentes e seus familiares reconhecem e valorizam a disponibilidade e o apoio emocional prestado pelos enfermeiros na consulta pré-TMO. Observei por várias vezes que alguns doentes se dirigiam ao serviço para colocar questões e esclarecer dúvidas mesmo depois de já terem tido a consulta pré-TMO e outros ainda para falar sobre os seus medos e inseguranças relativamente ao transplante. Carvalho e Cristão (2012) salientam que a prestação de cuidados de enfermagem consolidados num processo de relação de ajuda, onde se estabelece uma comunicação autêntica capaz de auxiliar o indivíduo a encontrar outras possibilidades de perceber, aceitar e encarar a sua nova condição, constitui um dos aspetos fundamentais que contribui para o desenvolvimento da confiança necessária, estimulando assim uma interação mais positiva entre o indivíduo, os cuidados de saúde e os seus novos contextos.

Durante o estágio colaborei também no acolhimento da pessoa submetida a TMO e sua família no Hospital de Dia. Nesta fase o medo da recaída e a incerteza quanto ao futuro traduzido na ansiedade aquando aguardavam pelo resultado das análises, demonstravam um grande esforço em relação à sua adaptação à sua nova condição. A necessidade de terem que passar grande parte do seu tempo no hospital de dia para uma maior vigilância das complicações que podem surgir após o transplante, leva a que muitos dos doentes tenham que ficar a residir no lar da instituição longe das suas casas e dos seus familiares, o que conduz muitas vezes a estados de angústia e ansiedade. É nesta altura que o enfermeiro desempenha um papel preponderante na diminuição da ansiedade dos doentes e da família através do estabelecimento de uma relação de ajuda. A experiência de acompanhar a Ana na fase pós TMO foi bastante enriquecedora na medida em que consegui estabelecer com esta uma relação de ajuda (Apêndice 2). Como refere Jorge (2004) a relação de ajuda que se realiza no

acolhimento, deverá ser uma relação progressiva que se estabelece pela comunicação e pressupõe disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, isto é, o desenvolver da empatia, confiança e segurança. Tal como se encontra evidenciado na interação de cuidados descrita na reflexão crítica nº 1 (Apêndice 2), procurei desde o primeiro contacto um clima de aproximação e disponibilidade, o que favoreceu o estabelecimento de uma relação empática através da utilização da escuta ativa, toque, silêncio e olhar, indo assim de encontro às suas preocupações.

“Numa manhã aproximei-me da Ana e sentei-me junto dela. Senti que tinha ficado agradada com a minha presença. Comecei por lhe perguntar “Como se sente hoje, Ana?”. Com fáceis triste, olha para mim e diz-me: “Sinto tanta falta dos meus filhos!”. Olhei-a nos olhos e peguei-lhe na mão. E foi quando a Ana começou a falar sobre as suas preocupações e angustias especialmente em relação à sua filha mais nova por não a ter acompanhado durante o primeiro ano de vida. Começa a chorar e diz-me: “Quando estou em casa, a minha filha prefere a minha mãe... Eu compreendo isso tudo, pois foi a minha mãe que a criou... mas fico com o coração tão apertado...”. Depois de um curto silêncio, respondi-lhe olhando-a nos olhos, “Ana, sempre foi uma boa mãe e eu sei que a Carolina (nome fictício) um dia irá compreender esta sua ausência”.

Corroboro com Araújo (2009) quando diz que a comunicação empática e compassiva causam um efeito de suporte e sustenta as possíveis alterações psicológicas do doente, quer seja reclamada em pedidos de informação efectuados pelo doente, quer seja uma componente essencial da relação interpessoal. A situação descrita anteriormente vai de encontro ao que diz Araújo (2009) quando relembra que a escuta não se resume a ouvir, mas sim ficar em silêncio, utilizar o olhar e o sorriso para oferecer afecto, abrindo caminho à exteriorização de sentimentos e à aceitação.

Outro aspecto fundamental a ter em conta aquando o acolhimento no Hospital de Dia está relacionado com a importância dos enfermeiros validarem o ensino efectuado no internamento relativamente aos cuidados a ter após a alta, de forma a perceberem a adaptação do doente e sua família à nova realidade, adequar as intervenções e atuar nas áreas de maior dificuldade para assim poderem capacitar o doente/família no seu autocuidado. Relativamente a este aspecto, pude constatar através da minha observação que alguns doentes chegam ao Hospital de Dia com algum deficit de conhecimentos dificultando assim ações que promovam o seu autocuidado. Através da informação que é fornecida durante o acolhimento, procura-se que o doente, compreenda como é importante a sua participação nos cuidados. De acordo com

Batiste (1996 citado por Vitória, 2001, p. 16) “... o *objectivo da informação não é somente que o doente saiba, que tem cancro, mas também que disponha de elementos de informação que lhe permitam ter consciência do seu estado, e exercer o máximo grau de autonomia...*” Sendo assim cabe ao enfermeiro transmitir informações e conhecimentos que permita aos doentes lidarem com as alterações resultantes do TMO e possíveis complicações, tornando a pessoa capaz de cuidar de si própria e envolvendo-a nos cuidados. O facto de ter tido a oportunidade de acompanhar a Ana durante a fase inicial após-transplante de medula óssea e de esta já me conhecer da sua fase anterior ao transplante, como relato na reflexão crítica nº 1 (Apêndice 2), fez com que esta se sentisse segura em me questionar sobre algumas dúvidas relativamente à terapêutica, mais especificamente à posologia dos imunossuppressores e os cuidados a ter na sua ingestão, quais os cuidados a ter com alimentação, relativamente aos alimentos que podia comer e quais os que devia evitar e ainda sobre os cuidados que deveria ter com a sua filha mais pequena quando estivesse com ela. O esclarecimento de dúvidas e a disponibilização de informação, assumem particular importância no acolhimento de enfermagem, e afiguram-se como meio de fomentar a segurança e promover o estabelecimento de uma relação terapêutica. A comunicação em enfermagem é uma ferramenta fundamental para aliviar sentimentos de solidão, satisfazer necessidades de informação reduzindo sentimentos de medo, ansiedade e stress, contribuindo para o que é essencial, os cuidados de qualidade (Hesbeen, 2001; Phaneuf, 2005).

b) Identificar estratégias desenvolvidas pela equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento;

Este objectivo foi delimitado com o intuito de aprofundar conhecimentos na área do acolhimento de enfermagem, através da observação da intervenção dos profissionais de saúde na prática de cuidados do Hospital de Dia, de forma a encontrar estratégias que possam ser adoptadas e transpostas para a minha área de atuação junto das pessoas com doença hemato-oncológica e sua família.

Atividades desenvolvidas:**1. Consultei documentação existente no serviço (normas e protocolos)**

Quando iniciei o estágio neste serviço a enfermeira orientadora deu-me a conhecer da existência de guias que auxiliam o enfermeiro na transmissão de informação, nomeadamente no acolhimento na fase pré TMO, na qual destaco o Guia de Acolhimento: “*O meu transplante: Perguntas e Respostas*”, que é fornecido na consulta de enfermagem pré-TMO. No momento do acolhimento na fase pós TMO destaco a existência de uma “*Checklist de ensinios pós TMO*” que permite ao enfermeiro avaliar e validar os conhecimentos do autocuidado dos doentes sujeitos a TMO, sendo realizado na 1ª consulta pós TMO. Esta consulta tem como objectivo perceber a adaptação do doente e sua família à sua nova condição de “ser transplantado” e perceber ainda como é que a família faz a gestão do seu dia-a-dia.

Estes documentos foram elaborados por profissionais de enfermagem do serviço com a colaboração da equipa médica pois é importante sistematizar procedimentos que garantam aos profissionais respostas seguras com iguais níveis de qualidade nas intervenções de enfermagem implementadas.

O Guia de Acolhimento “*O meu transplante: Perguntas e Respostas*” tem como objetivo complementar a informação a transmitir ao doente que vai ser submetido a TMO, focando aspectos relacionados com o funcionamento da unidade de TMO, como é composta a equipa multidisciplinar; o que é um TMO; os exames que terá que realizar antes do transplante; o que é um CVC; o que pode levar para o internamento; aspectos relacionados com as visitas; os efeitos secundários e os cuidados a ter; como vai ser o dia-a-dia na unidade e possíveis complicações que podem surgir após o transplante. Na consulta de enfermagem o enfermeiro estimula o doente e o familiar a colocarem dúvidas e disponibiliza-se para o esclarecimento de dúvidas sempre que o doente sentir necessidade.

A “*Checklist de ensinios pós TMO*” tem como finalidade validar a informação que foi transmitida no internamento relativamente aos cuidados a ter após a alta focando-se essencialmente nos cuidados de higiene, ocupação/lazer, vida sexual, prevenção de infecções, cuidados a ter com a alimentação (higienização da cozinha e manipulação dos alimentos), terapêutica e vigilância de saúde.

2. Observei a prática de interações de cuidados ao doente hemato-oncológico e sua família na fase pré e pós TMO, com ênfase na área do acolhimento de enfermagem

Uma das atividades a que me propus desenvolver foi observar os cuidados prestados pelos enfermeiros deste serviço. Nesta observação, procurei perceber que estratégias eram utilizadas pela equipa de enfermagem no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.

É através da comunicação (seja ela verbal ou não-verbal) que o enfermeiro acolhe o doente, pesquisa dados fidedignos sobre ele, a sua doença, as suas necessidades, sentimentos e pensamentos e oferece elementos para que ele desenvolva a sua capacidade de autocuidado e para a satisfação das suas necessidades. Para Phaneuf (2005, p. 23) a comunicação é *“um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”*.

Ao longo do meu estágio pude observar que o modo de comunicar dos profissionais de enfermagem assenta no respeito pela pessoa doente ao demonstrarem disponibilidade e capacidade de transmitir informação tendo em conta as necessidades de cada indivíduo. Como afirma Lazure (1994, p. 51) *“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 satisfatório”*. O ato de informar foi sempre individualizado e o seu conteúdo direcionado e adaptado a cada doente, de modo a respeitar o ritmo e as necessidades do doente e família. Gostaria ainda de salientar que a equipa de enfermagem considera e respeita a ansiedade manifestada pelo doente e seus significativos, incentivando-os a verbalizar receios e angústias, esclarecendo dúvidas e respeitando silêncios, quando estes emergem. A maioria dos profissionais de enfermagem revela uma atitude favorável a uma interação mais aberta e partilhada com a pessoa doente, uma valorização da dimensão informativa e ainda o respeito pela privacidade da pessoa.

Verifiquei através da minha observação que os enfermeiros, na interação com os doentes, demonstram atitudes de relação de ajuda, que traduzem em comportamentos e expressões reveladoras da intenção de estabelecer relação (quando se dirigiam à pessoa doente cumprimentavam-na e tratavam-na pelo nome próprio), de encorajar, de demonstrar compreensão empática, de demonstrar interesse em resolver os problemas daquele doente/família, de fazer humor, de escutar e de elogiar. A relação interpessoal que se

estabelece entre o enfermeiro e a pessoa doente é determinante para a qualidade dos cuidados, podendo ter um fim terapêutico ajudando o doente e família a ultrapassar as dificuldades, os medos, as angústias e as incertezas. Como refere Collière (2000, p. 152) “*é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria uma valor terapêutico*”.

3. Promovi a partilha de experiências e de reflexão com a enfermeira orientadora e os restantes elementos da equipa

Sempre que considerava oportuno, em momentos em que havia maior disponibilidade de cuidados de enfermagem, introduzia a temática do acolhimento de enfermagem, abordando muitas vezes situações de cuidados que tinha experienciado no meu local de trabalho ou situações que tinha vivenciado naquele serviço durante o meu período de estágio. Foi com entusiasmo que senti o interesse demonstrado por alguns enfermeiros nesta temática, quando me colocavam questões e partilhavam reflexões sobre situações marcantes da sua prática de cuidados. Como refere Waldow (2009, p. 142) “*refletir sobre as experiências favorece olhar para dentro e ver a si próprio, confrontando o que se quer com o que se faz. Isso faz com que se consiga entender as contradições entre o que é desejado e o que é, na verdade, realizado no nosso quotidiano profissional*”.

Partilhei conhecimento e disponibilizei bibliografia baseada na mais recente evidência científica, pelo que elaborei um *dossier bibliográfico* com vários artigos científicos relacionados com a temática do *acolhimento de enfermagem*, com o objetivo de sensibilizar e provocar momentos de reflexão entre a equipa, bem como a partilha de conhecimentos, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem oncológica.

A elaboração do *dossier bibliográfico* teve como finalidade ser o ponto de partida, para a construção de um documento mais alargado, aberto à inclusão de mais documentos sobre o tema por parte dos enfermeiros daquele serviço.

4. Realizei uma sessão de informação com a finalidade de partilhar com a equipa de enfermagem a experiência de estágio no Hospital de Dia da UTM

Foi elaborado inicialmente o plano da sessão, que se encontra em apêndice (Apêndice 3). A sessão teve lugar numa sala do Hospital de Dia onde se encontravam disponíveis

computadores, durou cerca de 30 minutos, e estiveram presentes nove enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe, a professora orientadora e a enfermeira orientadora do local de estágio. Todos os enfermeiros presentes revelaram, após terminar a apresentação, a pertinência do tema e partilharam a experiência da implementação da consulta pré TMO e da consulta pós TMO (que ainda não é realizada de uma forma sistemática e organizada, mas que é um dos objectivos da equipa fazê-lo num futuro próximo). Alguns enfermeiros levantaram ainda questões importantes relativamente às dificuldades que poderia encontrar durante a implementação do meu projeto, nomeadamente com a falta de recursos humanos, a inexistência de um espaço próprio para o efeito, a escassez de tempo que muitas vezes impossibilita o profissional de enfermagem de realizar um acolhimento adequado da pessoa/família ao serviço acabando por se centrar mais na técnica e na rotinização dos cuidados. Fiquei desperta para estas barreiras que poderei encontrar, contudo concordo com Cadete (2004) que a escassez de recursos nem sempre é impeditivo da prestação de cuidados de qualidade, pode ser geradora de formas inovadoras e criativas de resolução dos problemas. Relativamente ao *dossier bibliográfico* por mim elaborado, foi considerado relevante para o serviço, na medida em que contém mais informação sobre a temática do *acolhimento de enfermagem* e tem como objectivo servir de fonte de informação para a prática diária de enfermeiros.

3.1.2. Refletindo sobre esta etapa de percurso

A minha passagem pelo Hospital de Dia da UTM foi uma experiência bastante enriquecedora, pois permitiu-me reencontrar alguns doentes que cuidei na fase anterior ao transplante e sentir o carinho e o contentamento que demonstravam quando me viam. Foi motivador e compensador integrar uma realidade de cuidados onde a pessoa se encontra no centro dos cuidados, em que o diálogo, a escuta, a atenção e o acompanhamento assumem uma importância fulcral, no cuidar deste tipo de doentes e onde a família nunca é esquecida. O acolhimento de enfermagem não é valorizado apenas na admissão da pessoa ao serviço, mas é encarado como um processo contínuo e dinâmico, visto pelos enfermeiros como uma oportunidade para conhecer a pessoa e sua família e aprender acerca dessa pessoa enquanto indivíduo único e singular, de forma a desenhar intervenções de acordo com as experiências, comportamentos, sentimentos e percepções dessa mesma pessoa/família. É visível a

preocupação dos enfermeiros durante o processo de acolhimento em procurar proporcionar ao doente estímulos, com vista à sua participação ativa no seu tratamento e ao fortalecimento da sua confiança. O guia de acolhimento “*O meu transplante: Perguntas e Respostas*” revelou-se um instrumento importante como referencia na estruturação de documentos posteriormente por mim elaborados. É de realçar que os enfermeiros deste serviço mostraram ser capazes de “promover a vida” nos cuidados que prestam, abordando o doente de uma forma holística e individualizada. Praticam cuidados de enfermagem cuja única finalidade como afirma Collière (2000, p. 241) “*consiste em permitir, aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta.*”

O facto de existir uma comunicação aberta e partilhada entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, constituiu uma mais valia em termos de aprendizagem. Cada elemento da equipa reconhece o seu papel e o dos outros, bem como as competências a que cada um diz respeito, atuam de forma interdependente e o seu foco de cuidados é o doente como um todo, na satisfação das suas necessidades e expectativas.

No final deste estágio senti-me capaz de ser um profissional mais reflexivo utilizando o conhecimento teórico na prática dos cuidados e ainda de ter interiorizado na minha atuação a função de ajuda, ao ter sido capaz de criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação de ajuda. Como revela Benner (2001, p. 84) as enfermeiras peritas “*insistem muito na importância do toque e das relações pessoais entre doente e a enfermeira (...) de permitir aos seus doentes que exprimem o que sentem, muitas vezes sem que elas tenham que intervir*”.

3.2. O ensino clínico num Serviço de Hematologia de um Hospital especializado em Oncologia

O segundo momento de estágio decorreu num serviço de hematologia, local em que exerço funções e onde implementei o projeto profissional, cuja primeira fase do estágio decorreu no período de 11 de Novembro a 19 de Dezembro de 2013, um total de 120 horas. Esta primeira fase do estágio teve como objetivo sensibilizar a equipa para a importância de intervenções de enfermagem adequadas no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, de forma a favorecer uma melhor aceitação da doença e conseqüentemente uma melhor adesão ao tratamento.

3.2.1. Objetivos Específicos

- a) Identificar a sensibilidade da equipa de enfermagem para a necessidade de implementar intervenções de enfermagem adequadas no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.**

Apesar do acolhimento ser valorizado pela equipa de enfermagem, muitas vezes assisto à frustração sentida pela mesma pela impossibilidade de conseguir fazer um bom acolhimento, contribuindo para isso a falta de um espaço adequado, a falta de disponibilidade, a inexistência de recursos humanos e a inexistência de um documento escrito que possa complementar a informação a transmitir oralmente ao doente no momento da admissão. Desta forma desenvolvi algumas atividades com o intuito de envolver a equipa neste projeto.

Atividades Desenvolvidas:

1. Realizei uma reunião formal e individual com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço de hematologia, para apresentação do projeto de formação, já anteriormente negociado, no sentido de partilhar o planeamento das atividades e as estratégias a desenvolver, garantindo a viabilidade do projeto.

As reuniões revelaram-se um momento de partilha de ideias em que ambas as intervenientes concordaram com a pertinência do tema, disponibilizando os meios para a implementação do projeto no serviço.

2. Realizei duas sessões de informação à equipa de enfermagem com a finalidade de divulgar o projeto de estágio

Foi realizado o plano da sessão, que se encontra em apêndice (Apêndice 4). Foram realizadas duas sessões de informação com o intuito de abranger o maior número de enfermeiros do serviço de hematologia. A realização destas duas sessões tiveram a finalidade de apresentar o projeto à equipa de enfermagem, dar a conhecer os objetivos do mesmo bem como a contextualização da problemática e ainda perspectivar o desenvolvimento do projeto de

estágio. Os enfermeiros que não conseguiram assistir às sessões de informação reuni-me de forma individual com cada um deles. Todos os enfermeiros referiram que a temática do projeto era bastante pertinente, por ser uma área da atuação específica dos enfermeiros, autónoma e adequada às necessidades do serviço, contudo enunciaram alguns constrangimentos à implementação do projeto, nomeadamente a falta de tempo provocada pela escassez de recursos humanos e a inexistência de um local próprio para o efeito.

b) Identificar quais os aspectos que os enfermeiros valorizam no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família

Conhecendo à partida a existência de uma série de fatores (entre os quais saliento o fator tempo, a não individualização do espaço, a pouca disponibilidade de informação e a escassez de recursos humanos) que podem ser determinantes na maneira como o doente e sua família encaram a doença e o próprio internamento. Considero de extrema importância compreender qual o significado atribuído pelos enfermeiros no que diz respeito ao acolhimento de enfermagem, tendo em vista a humanização dos cuidados de enfermagem.

Atividades Desenvolvidas:

1. Realizei uma sondagem de opinião através da aplicação de um questionário (Apêndice 5) com a finalidade de identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem relativamente ao acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e cinco enfermeiros. Foram distribuídos 20 (vinte) questionários e houve 20 (vinte) respondentes. Dos 5 (cinco) enfermeiros não incluídos, 2 (dois) estavam de licença de maternidade, 1 (um) sob baixa médica, 1 (um) em período de férias e 1 (a autora), por motivos óbvios. A sondagem realizou no período 25 de Novembro a 13 de Dezembro de 2013.

Verificou-se que os enfermeiros que trabalham no serviço de hematologia constituem uma população muito jovem, sendo que a média de idades é de 33 anos. Em relação à média do tempo de exercício no serviço onde foi efetuada a sondagem de opinião é de 6,5 anos.

Relativamente à primeira questão **“Considera o acolhimento da pessoa com doença hemato – oncológico e sua família importante?”** (Gráfico 1 – Apêndice 6), todos os enfermeiros responderam afirmativamente, referindo ser fundamental para esclarecer as dúvidas e angústias do doente e sua família (8), é considerado o primeiro contacto que o doente/família têm com o serviço/profissionais (7), é fundamental para estabelecer uma relação de confiança com a equipa (7), facilita uma melhor adaptação do doente à sua situação de doença (4), é fundamental para a estabilidade emocional do doente e família/redução da ansiedade (4), permite dar a conhecer ao doente a estrutura física do serviço e as suas normas (2), permite conhecer o doente/família pela equipa (2), é fundamental para a desmistificação de estigmas associados à doenças oncológicas/hematológicas (2), proporciona o encontro com o outro (1) e permite responder às necessidades dos doentes e sua família (1).

As respostas dadas pelos enfermeiros vão de encontro com a definição de acolhimento de enfermagem apresentada por Vitória (2001, p. 14) *“o conceito de acolhimento em enfermagem poderá definir-se como a relação estabelecida com o doente que se inicia no momento da admissão (...) o enfermeiro durante o acolhimento deve estar desperto para os aspetos psicológicos, emocionais, para os sentimentos e pensamentos que possam existir, transmitindo confiança ao doente nos cuidados que lhe são prestados.”*

Os enfermeiros consideram o acolhimento importante para estabelecer o primeiro contato com o doente e sua família, sendo por vezes determinante para a relação enfermeiro/ doente no futuro. Busquets (1991, p. 17) citado por Vitória (2001, p. 14) refere que *“(...) a relação deve começar pelo respeito dos direitos do doente, qualquer que seja a sua situação económica, social e cultural, pela preservação da privacidade e da sua individualidade, fatores que devem ficar bem explícitos desde o primeiro contato com o hospital no momento do internamento(...).”*

Quanto à segunda questão **“O que mais valoriza quando efetua o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológico e sua família?”** (Gráfico 2 – Apêndice 6) as respostas mais votadas foram: demonstrar disponibilidade de tempo para escutar o doente/ família e esclarecer as suas dúvidas (9) e para dar a conhecer o espaço físico, as normas e rotinas do serviço (7). Através destas respostas podemos destacar que os sujeitos envolvidos neste

estudo enumeram a escuta ativa como um dos aspetos que mais valorizam quando efetuam o acolhimento, na medida em que favorece o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança. Como nos afirma Henriques (1984) citado por Moreira, Castanheira e Reis (2003, p. 30), o *“enfermeiro deve favorecer a expressão de sentimentos, deve mostrar-se acolhedor, pondo o interlocutor à vontade, demonstrando disponibilidade e calma, permanecendo apto a ouvir, não interrompendo o discurso ou dando soluções”*.

A necessidade de conhecer o doente expresso por 2 (dois) enfermeiros e a necessidade de conhecer o impacto do internamento na pessoa doente/família referida por 1 (um) enfermeiro vai de encontro à valorização dos enfermeiros pela individualização e personalização dos cuidados de enfermagem de acordo com os sentimentos e preferências do doente e o nível de envolvimento no cuidado por ele desejado, sendo esta personalização uma forma de ajustamento das ações de enfermagem (Suhonen *et al.*, 2005, p. 8).

Também o conhecimento dos dados pessoais poderá segundo 5 (cinco) enfermeiros dar um contributo importante na assistência a prestar ao doente, tais como: a idade, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, antecedentes pessoais e familiares, história clínica e outros que orientam o enfermeiro relativamente à forma de efetuar o acolhimento.

O estabelecimento de uma relação de confiança foi valorizada por 5 (cinco enfermeiros) pelo que está em consonância com o que é referenciado por Bernardo (1998) citado por Santos (2000, p. 112) *“...a hospitalização deverá fazer-se nas melhores condições de relacionamento afectivo para desencadear confiança, esperança e anular as situações de medo que frequentemente atinge o candidato ao internamento.”*

Podemos ainda destacar outros aspectos que são também valorizados pelos enfermeiros quando efetuam o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família tais como: uma comunicação clara e eficaz (1); valorizar a informação que é transmitida pelo doente/família (1), valorizar o envolvimento da família (1), transmitir calma e segurança (3), saber se o doente/ família estão informados sobre o motivo de internamento (2), preservar a privacidade do doente/ família (2), não ser interrompido (1) e ser verdadeiro na transmissão da informação a dar ao doente/ família (1).

Como afirma Serrão (2004), o acolhimento da pessoa doente, sendo da responsabilidade particular do enfermeiro, deve decorrer num ambiente de privacidade, com disponibilidade temporal suficiente para que o doente possa verbalizar os seus medos e preocupações e deve

ser baseado numa informação e comunicação aberta, tendo em vista a optimização de uma relação de confiança entre enfermeiro-pessoa doente.

À pergunta sobre **“Quais os fatores que, no seu serviço, podem dificultar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família?”** (Gráfico 3 – Apêndice 6), 15 (quinze) enfermeiros apontaram como principal dificuldade a inexistência de um espaço próprio, pelo que na grande maioria das vezes o acolhimento é efectuado na enfermaria, com outros doentes sem qualquer privacidade. Henriques (1984) citado por Moreira, Castanheira e Reis (2003, p. 32) enumera como um dos pressupostos do acolhimento, que este seja feito num ambiente acolhedor, tranquilo, respeitando a privacidade, pois só assim será possível criar condições que permitam a expressão de sentimentos. Sendo assim a não existência de uma espaço adequado irá colocar em questão a questão da privacidade do doente e sua família.

Outro factor referido por 11 (onze) enfermeiros diz respeito à falta de tempo, contribuindo para isso o rácio enfermeiro – doente ser insuficiente (9), comprometendo assim a forma como é efectuado o acolhimento do doente e sua família. Subentendo-se a importância inerente à capacidade de escuta ativa, enquanto comportamento que o enfermeiro deve desenvolver para o estabelecimento de uma relação que se pretende que seja de ajuda, é fundamental que para que isso seja possível é necessário tempo para “estar”.

A inexistência de um guia de acolhimento foi nomeado por 8 (oito) enfermeiros como um fator que dificulta o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família. O guia de acolhimento poderá ser importante na medida em que vai complementar a informação que é transmitida pelo enfermeiro no momento da admissão do doente ao serviço. De acordo com a opinião de Gouveia (1992) citado por Vitória (2001, p. 15) *“(...) ao recém admitido deve ser dado apoio traduzido em explicações dos porquês, da organização, de como e de quando agir em determinadas circunstâncias e de quem poderá ajuda-los na resolução das dificuldades (...) para facilitar o uso das informações recebidas, poderá ser distribuído um manual de acolhimento em brochura simples e prática (...)”*.

Uma minoria dos enfermeiros nomeou como outros fatores: inexistência de um horário estabelecido para a admissão de doentes (1), a folha de colheita de dados da instituição não é adequada ao doente hemato-oncológico (3), inexistência de uma norma sobre o acolhimento de enfermagem (2), descoordenação entre a equipa médica/ enfermagem (2) e acolhimento não programado (1).

No que diz respeito à quarta pergunta **“Qual a sua opinião no que diz respeito ao instrumento de colheita de dados que atualmente é utilizado no serviço de hematologia? Considera ser um instrumento facilitador no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família?”** (Gráfico 4 – Apêndice 6), 12 (doze) dos enfermeiros referiram que não se encontra ajustado à realidade do doente hemato-oncológico, 10 (dez) referiram explicitamente que dificulta o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família, sendo que apenas 4 (quatro) dos inquiridos consideram que facilita no processo de acolhimento e 1 (um) dos enfermeiros aponta como sendo um instrumento adequado. Os motivos que os enfermeiros destacam como sendo um instrumento que dificulta o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família prende-se essencialmente com o fato de ser: demasiado extenso (7), de difícil preenchimento (2), pouco intuitivo (1), muito abrangente (1), pouco específico (1) e de existir pouco espaço para atualização de dados (1).

Relativamente à última questão **“Que estratégias sugere para melhorar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, no seu serviço?”** (Gráfico 5 – Apêndice 6) verifica-se pelas respostas obtidas que foi enfatizado por um grande número de enfermeiros a necessidade de elaborar um guia de acolhimento (14), a criação de um espaço adequado (10) e ajustar o instrumento de colheita de dados da instituição às necessidades do doente hemato-oncológico (8). Um menor número de enfermeiros sugeriu ainda: proporcionar maior disponibilidade de tempo para efetuar o acolhimento (5), redução do rácio enf./ doente (4), programar atempadamente os internamentos com a equipa de enfermagem (quando possível) (2), efetuar a admissão inicial do doente em conjunto com o médico (2), melhorar a articulação entre o ambulatório e o internamento (internamentos programados) (2), a existência de um enfermeiro de referencia (1), sensibilização das chefias para a importância do acolhimento (1), sensibilização dos enfermeiros para a importância do acolhimento (1) e melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar (1).

Perante estes resultados verifica-se que os todos os enfermeiros consideram o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família importante dando ênfase ao aspeto relacional (disponibilidade para escutar o doente/ família e esclarecer as suas dúvidas e angústias) e aos comportamentos que facilitam a socialização da pessoa doente no serviço (dar a conhecer o espaço físico, as normas e rotinas do serviço).

Favorecer a adaptação do doente à sua situação de doença e conhecer o doente e a sua família com o objetivo de individualizar os cuidados são metas que alguns enfermeiros consideram importantes no acolhimento de enfermagem.

Os fatores inibidores no acolhimento do doente hematológico e sua família que emergem prendem-se essencialmente com a inexistência de um espaço adequado, a inexistência de um guia de acolhimento do serviço e a falta de disponibilidade de tempo. Apesar dos enfermeiros identificarem um conjunto de fatores que dificultam o acolhimento de enfermagem sugerem também um conjunto de estratégias com o intuito de melhorar o acolhimento de enfermagem no seu local de trabalho.

2. Prestei cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família internada num Serviço de Hematologia

De acordo com Matos e Pereira (2005), o enfermeiro especialista em enfermagem oncológica deve ter presente que a representação social do cancro tem uma importante componente simbólica, acarretando uma carga emocional e social que forçosamente provoca alterações no doente e família. Estas doenças continuam associadas socialmente à morte, desespero, medo, ameaça à integridade da pessoa, quer na esfera física, quer na esfera emocional, provocando um grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, quer pela gravidade da doença, quer pelos efeitos secundários dos tratamentos (Pereira, 2008).

Ao longo dos meus 9 anos de experiência profissional em enfermagem oncológica, uma das minhas grandes preocupações tem sido em desenvolver competências comunicacionais e de relação de ajuda capazes de desencadear relações interpessoais com qualidade, quer através da formação académica, quer através dos contextos de trabalho, contribuindo assim para uma conduta mais eficaz e humanizada.

Considero a comunicação fundamental para a pessoa/família enquanto ser social e para estabelecer a relação. Só ela tem a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir o que é melhor para si (Lazure, 1994). Corroboro com a ideia de que a comunicação estabelecida entre enfermeiros e pessoa/família é uma ferramenta necessária, para aliviar sentimentos de solidão, satisfazer necessidades de informação reduzindo sentimentos de medo, ansiedade e stress, contribuindo para o que é essencial, os cuidados de qualidade. (Hesbeen, 2001; Phaneuf, 2005)

Durante o ensino clínico vivenciei uma situação bastante significativa de interação de cuidados, sobre a qual efetuei o registo pormenorizadamente (Apêndice 7). Na situação descrita evidencio a importância do enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica com o doente no sentido de contribuir para que este adquira competências que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos (Chalifour, 2007). Em nenhuma circunstância esta relação que se iniciou no momento inicial do acolhimento da Maria foi estática, congelada no tempo. Isto porque, o acolhimento em enfermagem não se restringe apenas ao momento inicial admissão ao serviço, é um cuidado de enfermagem que prossegue no seu dia-a-dia, aquando a prestação de cuidados (Vitória, 2001; Collière, 2000).

Na minha perspetiva, enquanto enfermeira em oncologia, o primeiro contato que o doente/família tem com o enfermeiro que acolhe, é na maioria das vezes determinante para a relação que se vai estabelecer entre ambos no futuro. O tom afável e intimista com que se comunica, criando assim um espaço em que o doente e respectivo familiar podem expressar os seus medos, angústias e sentimentos, bem como demonstrar compreensão e explicar tudo aquilo que quiserem saber, é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança. Para ilustrar o que referi anteriormente recorro a um excerto particular da reflexão que elaborei neste contexto da prática:

“Numa primeira abordagem apresentei-me e optei por fazer uma apresentação do serviço. Seguidamente levei-a até ao quarto onde iria ficar e perguntei-lhe se seria o momento oportuno para conversar um pouco com ela, pelo que a Maria respondeu-me logo que sim. Sentei-me junto dela e com um olhar muito triste começa a contar a sua história de vida, as suas angústias e aquilo que mais a preocupava”.

No decorrer deste ensino clínico senti que consegui aperfeiçoar outras habilidades, para além da comunicação essenciais para o estabelecimento de uma relação de ajuda, sendo elas: a escuta ativa, o saber respeitar o silêncio, a empatia, a assertividade e o fomentar a esperança. Mais uma vez recorro a excertos de uma das reflexões (Apêndice 7) deste relatório em que o informar, o ajudar e apoiar emocionalmente a doente, através de uma escuta ativa e adotando uma atitude empática contribui para o estabelecimento de uma relação de confiança e diminuição da ansiedade:

“À medida que ia conversando com a Maria apercebi-me que tinha uma série de dúvidas e questões que tinham que ser esclarecidas relativamente à sua doença e tratamento. Referiu-me que esteve a pesquisar na internet e que ficou extremamente preocupada com a

informação que leu. Acalmei-a e expliquei-lhe que muita da informação que se encontra disponível na internet não é verdadeira, pelo que a maior parte não são validadas pelos profissionais de saúde.”

“À medida que íamos conversando, as lágrimas começaram a escorrer pela cara da Maria e é quando ela me questiona: “não vou morrer, pois não Enf^a. A.?, “diga-me que não!”. A minha reação foi responder que estávamos todos empenhados no seu tratamento, que não iria ser um percurso fácil, iria ser prolongado, com necessidade de múltiplos internamentos, mas que o objetivo de toda equipa era a sua cura”.

De acordo com Benner (2001, p.103) *“as enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim, são obrigadas a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente”.* A autora acrescenta ainda que as *“enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de enfermagem”* (Benner, 2001, p.104).

Ao longo deste estágio impuseram-se algumas contrariedades que dificultaram o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, mas que fui tentando colmatar, nomeadamente a dificuldade em promover a privacidade pelo fato dos doentes se encontrarem em enfermarias e de não existir um espaço próprio para estas situações e ainda a sobrecarga de trabalho.

Considero ter interiorizado na minha atuação a função de ajuda, tal como é preconizado por Benner (2001). A função de ajuda toca a vertente da relação empática, promotora de recuperação ou readaptação (potenciar a participação nos cuidados, partilhar o poder de decisão, comunicar não verbalmente, mediar processos de mudança). Corroboro com Benner (2001, p. 236) quando afirma que a enfermagem *“ao abandonar o poder relacional, é trair um ideal e, ainda pior, é desfazer-se da sua própria identidade e negar as suas próprias qualidades”.*

Consciente de que o acolhimento de enfermagem é muito mais que um ato pontual no tempo aquando a admissão inicial ao serviço, considero que este deve ser baseado na reciprocidade, acolhendo a pessoa doente e sua família, deixando-se acolher, passando do acolhimento para o envolvimento, progredindo assim para uma relação terapêutica.

3.2.2. Refletindo sobre esta etapa do percurso

Esta primeira fase do ensino clínico no Serviço de Hematologia revelou-se num momento de grande aprendizagem, tanto do ponto de vista do desenvolvimento das minhas competências, bem como do aprofundar de conhecimentos através da bibliografia consultada, enquanto enfermeira de referência no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Considero ter conseguido envolver a equipa de enfermagem num projeto que contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente para a satisfação profissional, na medida em que obtive um elevado numero de respostas ao questionário, num curto espaço de tempo e ainda o interesse demonstrado pela equipa durante as sessões de informação. É de realçar também uma diferença positiva na maneira como os enfermeiros começaram a encarar o acolhimento da pessoa e sua família, ao demonstrarem maior disponibilidade e empatia o que na minha perspetiva contribuiu para uma maior satisfação quer dos profissionais de enfermagem, quer dos doentes e sua família. *“Quando as peritas podem descrever situações onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos seus conhecimentos decorrentes da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e o reconhecimento da perícia se tornam possíveis”* (Benner, 2001, p. 61).

3.3. O Ensino Clínico num Serviço de Onco-Hematologia de um Hospital Especializado em Oncologia

O terceiro momento de estágio, aconteceu num Serviço de Onco-Hematologia de um hospital do norte do país especializado em oncologia. O fato de ter optado por um hospital no norte do país, prendeu-se com o desejo de conhecer outra realidade no sentido de mobilizar para o meu contexto de trabalho novos conhecimentos e novas abordagens no que diz respeito ao acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. É um serviço constituído pela consulta externa e pelo serviço de internamento. O ensino clínico foi realizado no serviço de internamento no período de 6 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2014, num total de 100 horas. No internamento são acolhidos todos os doentes que dele necessitam e são motivados por diversas razões das quais saliento o esclarecimento do diagnóstico, a realização de tratamentos de quimioterapia, o surgimento de toxicidades durante os

tratamentos (neutropenias, pancitopenias, mucosites graves etc.) e que requerem cuidados hospitalares, o controlo sintomático e, por último, quando o estado geral do doente se agrava. A integração no serviço foi facilitada por se tratar de uma realidade profissional semelhante aquela em que exerço a minha atividade profissional, no que respeita às problemáticas dos doentes e terapêuticas utilizadas. Numa fase inicial, a minha preocupação foi a de conhecer a dinâmica da equipa, a organização e o funcionamento do serviço. Ultrapassada esta fase, ficaram reunidas as condições necessárias à consecução dos objetivos desenhados para este ensino clínico.

3.3.1. Objetivos Específicos

a) Conhecer o papel do enfermeiro no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família em contexto de internamento

O internamento de um doente com o diagnóstico de uma doença hematológica são, salvo raras exceções, bastante prolongados, o que gera momentos de grande ansiedade para os doentes que temem pelo seu futuro, que duvidam da eficácia dos tratamentos a que estão sujeitos, que trazem muitas vezes consigo o desespero da sombra da morte. Desta forma o enfermeiro assume um papel fundamental, uma vez que é o profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente e sua família, o que lhe confere um papel inigualável de proximidade, ajuda e confiança (Martins, 2008).

Atividades Desenvolvidas:

1. Prestei cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família em contexto de internamento

Durante o ensino clínico prestei cuidados a doentes em diferentes fases da sua doença e com histórias de tratamentos anterior distintas. Na maioria dos doentes que acompanhei estavam informados sobre o diagnóstico e/ou estavam a ser submetidos a tratamentos com quimioterapia (muitos dos doentes já estavam na fase de consolidação dos tratamentos), ou já haviam sido submetidos ao tratamento com quimioterapia e estavam internados por

complicações resultantes do tratamento de quimioterapia. Tive a oportunidade de acompanhar uma doente desde a sua admissão ao serviço até ao início do primeiro tratamento com quimioterapia, o que permitiu que eu fizesse o seu acolhimento. Considero que a experiência de cuidar da Sr. C. foi bastante enriquecedora e exigiu a mobilização de diversos conhecimentos e capacidades relativas à temática da comunicação, pelo que realizei o registo escrito da interação de cuidados e procedi à sua reflexão e análise escrita da mesma (Apêndice 8). Nesta reflexão reflito sobre um momento de interação de cuidados em que sou confrontada com o sofrimento da doente após a comunicação de um diagnóstico de cancro e de ter sido capaz de mobilizar algumas técnicas comunicacionais, como o uso do toque e do silêncio:

“Comecei por perceber se a doente sabia o motivo por que teria que ficar internada, pelo que esta me afirmou que no outro hospital de onde veio apenas lhe disseram que estava muito doente e que precisava de ser tratada rapidamente. As lágrimas começaram a escorrer-lhe pela cara... Respeitei o seu choro e durante esse momento utilizei o toque como forma de esta se sentir segura, apoiada e compreendida. Fez-se silêncio, olhei-a nos olhos e verbalizei que estávamos ali para a ajudar”.

Também Collière (2000) fala do corpo como o primeiro “instrumento” de cuidados, nomeadamente das mãos dos que tratam. Arrisca afirmar que se poderia analisar o tipo de cuidados que se prestam num serviço pesquisando todas as ações que são feitas com as mãos, durante a prestação dos mesmos.

E a minha disponibilidade para escutar:

“Falou-me da sua preocupação com o marido, que se encontrava sozinho e que sempre foi muito dependente dela. Falou-me ainda da filha que está a estudar sozinha no Porto e que é muito nova para passar por um sofrimento destes. “Eu é que lhes devia dar apoio e agora não consigo ajudar ninguém”, dizia-me ela com um olhar triste e angustiado”.

Apesar do progresso científico e técnico, as habilidades da escuta jamais deverão ser subvalorizadas na profissão de enfermagem, pois só a atitude de disponibilidade e escuta poderão conduzir a uma relação de confiança e respeito. Lazure (1994) define escuta ativa ou “escuta integral”, como a capacidade de ouvirmos com todos os nossos sentidos, a fim de identificar as reais necessidades do doente.

Durante a minha interação com a Sr. C., foi com satisfação que pude constatar que neste serviço a comunicação de más notícias é vista como uma atividade multidisciplinar, em que todos têm uma participação ativa neste processo e onde são respeitadas as competências de cada um.

“Permaneci no quarto enquanto o médico, pausadamente, conversou com a filha e com a doente comunicando-lhe a gravidade do diagnóstico e a importância de iniciar rapidamente tratamento (...) Entretanto o médico saiu e eu permaneci junto da filha e da Sra. C. A filha abraçou-a, dizendo-lhe “Mãe, sempre foste uma lutadora, por isso eu sei que vais ultrapassar!”. Ambas tinham um olhar cabisbaixo e as lágrimas começaram a escorrer pelo rosto da Sra. C. quando a doente me diz: “Enf. A. eu vou ficar bem, não vou?”. Olhei-a nos olhos bem como à sua filha e disse-lhe que que era uma mulher jovem e que sabia que se tratava de um momento difícil, longo e doloroso reforçando que a equipa tudo faria para a acompanhar e ajudar a ultrapassar esta fase complicada da sua vida”.

Importa ter em mente que o comunicar uma má notícia é demasiado complexo, para se cingir apenas a um único momento. Como refere Warnock *et al.* (2010), a má notícia pode ser entendida como um processo, ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a notícia é comunicada. Sendo assim, as necessidades de informação e o apoio às pessoas doentes vão para além do momento de dar uma má notícia, por exemplo, pelo médico no que respeita ao diagnóstico da doença e prognóstico, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para dar esse tipo de assistência, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam junto das pessoas doentes, conseguindo desta forma estabelecer com estes relações de confiança e de grande proximidade.

Com esta interação de cuidados acredito ter conseguido com que a Sr. C. diminuísse os seus medos e angústias e fosse capaz de mobilizar os seus recursos e capacidades para enfrentar a situação:

“No dia seguinte, fui ter com a Sra. C. e perguntei-lhe como se sentia. Responde-me de imediato que se sente mais optimista e que vai “lutar com todas as suas forças para ficar boa”.

Como refere Fallowfield *et al* (2002) é fundamental que se estabeleça uma comunicação honesta e de confiança entre profissional de saúde e pessoa doente, para que esta possa tomar as suas próprias decisões, de se preparar para o futuro e de reorganizar a sua vida para a concretização de objetivos mais realistas.

Nesta situação específica de cuidados encontra-se bem explícito o *“poder da relação terapêutica no âmbito da recuperação”* referido por Benner (2001). Segundo o mesmo autor, este poder que os cuidados de enfermagem veicula consiste num estimular dos recursos internos e externos, fomentando a esperança e construindo uma relação de confiança em si e nos outros. Pela interação terapêutica o enfermeiro cria um clima promotor de recuperação e

promoção da saúde, esclarecendo e ajudando o doente a compreender a sua situação, ajudando-o a exteriorizar os seus sentimentos e emoções e encontrando num entendimento mútuo a ajuda e apoio de que necessita, numa conjugação produtiva de competências técnicas e relacionais. Este poder do cuidar definido por Benner (2001) vai de encontro ao “*poder libertador dos cuidados*” de Collière (2000, p. 112) que segundo a mesma autora “*o poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador de cada vez que é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como do enfermeiro*”.

b) Identificar estratégias desenvolvidas pela equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento;

Atividades Desenvolvidas:

1. Consultei documentação existente no serviço (normas e protocolos)

À chegada ao serviço tomei conhecimento da existência de documentos escritos, que têm como objetivo uniformizar e garantir a qualidade das intervenções de enfermagem implementadas, nomeadamente: o *Guia de Acolhimento*, que é fornecido aos doentes e familiares no primeiro dia em que estes são acolhidos no serviço e um Guia destinado a doentes com o diagnóstico de leucemia, intitulado “*Enfrentando a Leucemia*”, onde são dadas algumas noções do que é a leucemia e quais os exames que se podem fazer para o seu diagnóstico, quais os tratamentos e as principais complicações do tratamento, como evitar e combater as infeções, os cuidados a ter com a alimentação, o que fazer para suportar o internamento e quais os cuidados a ter após a alta. Ambos os documentos foram elaborados por profissionais de enfermagem do serviço e com a colaboração da equipa médica.

2. Observei a prática de interações de cuidados ao doente hemato-oncológico e sua família num serviço de internamento, com ênfase na área do acolhimento de enfermagem

Sendo o acolhimento um cuidado de enfermagem de excelência, que, quando desenvolvido adequadamente, acarreta uma importância fulcral na condução de todo o processo de evolução da doença e na forma como o doente percebe a própria doença e tratamento. Desta forma cabe ao enfermeiro garantir que, como sugere Jorge (2004, p.73), “*o acolhimento promova a confiança e permita o estabelecimento de uma relação de abertura conducente à colaboração mútua*”. Para que tal resultado seja alcançado, Hesbeen (2000, p.103-104), reforça que o acolhimento carece do cumprimento de atitudes próximas de empatia, das quais se poderão destacar o ser caloroso, a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade, a autenticidade, o humor e a compaixão. Para além destas, devem ser também empregues “*as atenções positivas (reconhecimento, elogios, agradecimentos, interesse, admiração) (...)*” (Jorge, 2004, p. 73), devendo ser evitadas as atenções negativas como a crítica e o desapontamento, que no doente “*(...) podem comprometer a (...) auto-estima*”.

Através da observação, colaboração e prestação de cuidados, pude constatar que devido aos internamentos prolongados e à presença constante do enfermeiro existe uma relação de grande proximidade/afinidade com os doentes e suas famílias. Drew (1997) citado por Riley (2004, p. 155) a propósito da capacidade de auto-exposição do enfermeiro afirma que “*...a enfermagem é inerentemente caracterizada por um desejo de aproximação aos outros, a um nível muito profundo de importância humana...em eventos chave como o nascimento, a morte, a doença e o crescimento, nas vidas daqueles de quem cuidamos*”.

Ao longo do estágio pude constatar que os enfermeiros detêm um conhecimento aprofundado do doente e sua família, entendendo-o como um ser individual com necessidades e vontades próprias. Collière (2003) considera o doente e sua família como a primeira fonte de conhecimento. Não só pelo que dizem, mas também pela sua expressão não verbal que, conjugados, permitem compreender e tornar mais explícita a comunicação sobre o seu problema. Phaneuf (2005) considera que para se estabelecer uma relação significativa com o doente há que primeiro conhecê-lo, na sua maneira de ser, de sentir e de se comportar.

Devido à complexidade de cuidados, estes doentes necessitam de uma presença constante do enfermeiro que lhes dê segurança, os apoie e ajude. Apesar de alguns enfermeiros revelarem

ainda dificuldades no desempenho das competências relacionais (Martins *et al.*, 2008) refugiando-se em gestos técnicos, é de realçar que a maioria dos enfermeiros demonstra disponibilidade, capacidade de escuta e de compreensão, preocupam-se “*em estar com o outro*” e atendem às preocupações verbalizadas pelos doentes bem como estão atentos à sua linguagem corporal., dando assim a oportunidade ao doente e família de sentir a confiança necessária ao desenvolvimento de uma relação terapêutica. Como refere Phaneuf (2005, p. 24), “*a comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afectiva, revelada ou oculta pelo comportamento não verbal, a maneira de ser da pessoa*”. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo. Refere, ainda, que “*a razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende emoções mais furtivas ou veladas*”. Por isso, é essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, sendo uma fonte incomensurável de saberes (Collière, 2003).

Durante a realização do ensino clínico tive a oportunidade de observar alguns momento em que o doente e família são acolhidos pela primeira vez no serviço. Para alguns enfermeiros o contato inicial resumiu-se à realização de um questionário para colheita de dados relativos ao doente que “*(...) para além de não favorecerem a confiança (...) não suscitam, na maior parte das vezes, senão respostas parciais, porque o paciente está na defensiva*” (Hesbeen, 2000, p. 106). Segundo o mesmo autor “*(...) a primeira etapa que conduz à confiança é a que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante*” (Hesbeen, 2000, p. 105). Por esse motivo, há que tirar partido deste momento, explorando o seu potencial para a efetivação de uma relação que se pretende construtiva para ambas as partes envolvidas. Outros enfermeiros demonstraram uma maior sensibilidade para escutar o doente e a sua família, dando-lhe oportunidade de expressar as suas emoções, inquietações, sofrimento; demonstram uma maior disponibilidade para conhecer, informar e esclarecer o doente e família nesta fase de grande ansiedade, promovendo assim que os doentes e suas famílias se sintam compreendidos, seguros e confiantes nos cuidados prestados. O enfoque na família foi, de facto, um aspecto bem visível neste serviço e que é reforçado e encorajado pela enfermeira chefe, desde o envolvimento da família no acolhimento, assim como na prestação dos cuidados e no planeamento da alta. Para Collière (2000, p.155) “*Cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que cuida e o que é cuidado*”. Segundo a mesma autora (2000, p. 282) “*Os cuidados de*

enfermagem são marcados pelas concepções, as crenças e os valores (...) valores a que podem aderir sem questionar ou de que se propõem compreender o significado, razão de ser, constrangimentos e limites, a fim de tentar situar o que orienta e é subjacente à sua ação”.

É de salientar ainda o trabalho em equipa que é desenvolvido neste serviço, sendo que todos trabalham em regime de parceria e complementaridade e a informação detida por cada um dos profissionais acerca do doente, é disponibilizada aos restantes elementos da equipa o que traduz num cuidado holístico e individualizado. Semanalmente a enfermeira coordenadora e a enfermeira chefe assistem e participam na reunião clínica onde é discutida a situação de doença de cada um dos doentes internados. A enfermeira desempenha um papel fundamental, na medida em que expõe os problemas de enfermagem identificados, sendo estes valorizados e discutidos pela equipa. Nota-se que existe um diálogo aberto e honesto entre a equipa médica e de enfermagem onde as funções e as competências de cada um são reconhecidas e valorizadas. Cada pessoa é diferente e detém um conjunto de capacidades, qualidades e competências diversas, mas trabalhando em conjunto, unindo os seus conhecimentos e experiências às de outros, podem complementar-se e enriquecer a intervenção da equipa junto do doente e família, pois *“(…) cuidar é (...) uma obra comum e única, uma arte cujo resultado para uma pessoa pode ser fruto do encontro subtil entre diferentes competências, todas úteis a seu tempo ao processo empreendido”* (Hesbeen, 2000, p. 45).

3. Organizei um dossier bibliográfico com artigos científicos relacionado com a temática do acolhimento de enfermagem, baseados na mais recente evidência científica.

Após a minha primeira semana de estágio constatei que esta era uma temática subvalorizada por alguns profissionais de enfermagem, ao restringirem o acolhimento de enfermagem apenas ao momento de admissão ao serviço. *“A arte do acolhimento humano deverá ser uma aprendizagem nunca concluída, marcada pela contínua busca da verdade, com sinceridade e transparência recíproca, no respeito incondicional pelo que o outro é, sem indevidas manipulações ou descabida directividade”* (Bernardo 1995 citado por Jorge 2004, p. 74). Outro aspeto que observei foi o fato de alguns enfermeiros ainda se encontrarem presos no tratar a doença, esquecendo muitas vezes habilidades ligadas ao toque, ao olhar, às distâncias, à escuta e aos meios de comunicação. Assiste-se muitas vezes a uma fuga à intimidade do doente conduzindo a uma relação mais superficial e de não comprometimento (Chalifour,

2007). Tendo em conta estas minhas observações e o pouco tempo de estágio neste serviço senti a necessidade de elaborar um dossier bibliográfico, com artigos científicos relacionados com a temática do “*Acolhimento de Enfermagem*”. Artigos considerados relevantes com o intuito de sensibilizar, e provocar momentos de reflexão e partilha de conhecimentos com os enfermeiros da equipa, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem oncológica neste contexto específico. A divulgação deste material foi feita nas passagens de turno. Durante a minha segunda semana de estágio, após divulgação do dossier foi com agrado que observei alguns enfermeiros a consultarem e a lerem artigos em momentos de maior disponibilidade. Posteriormente vinham ter comigo colocar questões, partilhar reflexões sobre situações marcantes do seu quotidiano e debater ideias.

3.3.2. Refletindo sobre esta etapa de percurso

O acolhimento de enfermagem é um processo que visa proporcionar à pessoa doente a melhor adaptação possível ao meio hospitalar e o estabelecimento de uma relação de ajuda, baseada numa informação e comunicação aberta, tendo em vista a continuidade da prestação de cuidados. Para que os enfermeiros consigam integrar na sua prática do cuidar a relação de ajuda, de um modo efetivo, necessitam desenvolver as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais e possuir conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência neste domínio (Queiróz, 2004). Verifiquei durante o meu ensino clínico neste serviço que alguns enfermeiros, como diz Araújo (2009) apresentam dificuldades e sentimento de inaptidão para lidar com dimensões relacionadas com a espiritualidade, comportamentos e emoções do doente pelo que considero fundamental que o desenvolvimento de competência comunicacionais e relacionais, seja incluído não só na formação de base, mas também na formação especializada, institucional ou perpetuada pelo próprio profissional de saúde. Como diz Collière (2000, p. 269) “*a utilização de instrumentos e de técnicas exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado*”. Neste sentido e indo de encontro ao que diz Collière (2000) cabe aos profissionais de enfermagem fazerem jus do verdadeiro valor dos cuidados que transcendem os procedimentos técnicos a partir da reflexão das suas práticas, para se libertarem daquelas cuidados centrados no modelo biomédico, que exaltam cuidados curativos e subestimam as outras formas de cuidar.

Espero que esta minha passagem por este serviço tenha conseguido inquietar os profissionais no sentido de procurarem conhecimentos para poderem aplicar no seu contexto profissional e assim contribuir para a melhoria dos cuidados a prestar à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.

3.4. Implementação do Projeto – Ensino Clínico num Serviço de Hematologia

Nesta quarta etapa, que corresponde à fase de implementação do projeto, regresso ao Serviço de Hematologia, onde havia desenvolvido o meu segundo ensino clínico, uma vez que é neste serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional. Este estágio decorreu no período de 20 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014 e teve a duração de 96 horas.

3.4.1. Objetivos Específicos

- a) Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento**

Enquanto futura enfermeira especialista em oncologia, elaborei documentos orientadores da boa prática de cuidados, tais como, *Guia Orientador do Acolhimento de Enfermagem à Pessoa com Doença Hemato – Oncologia e sua Família* e o *Guia de Acolhimento ao Serviço* que dispõe de um conjunto de informações que podem ser úteis aos doente e familiares durante o internamento.

Atividades Desenvolvidas:

1. Realizei uma sessão de informação com a finalidade de divulgar os resultados da sondagem de opinião, tendo sido aplicada através de um questionário efetuado aos enfermeiros no segundo ensino clínico.

O plano da sessão encontra-se em apêndice (Apêndice 9). Estiveram presentes na sessão 13 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe e a enfermeira coordenadora do serviço.

Após a apresentação dos resultados, todos os enfermeiros presentes revelaram que não ficaram surpreendidos com os resultados apresentados. Foi também apresentado o Guia de Acolhimento, sendo que todos manifestaram a importância da utilidade do mesmo.

De acordo com os resultados obtidos, como já referi anteriormente, os enfermeiros apontaram como principal dificuldade para realizar o acolhimento de enfermagem a inexistência de um espaço próprio e a falta de recursos humanos. Tendo em conta estes resultados, foi proposto pela enfermeira chefe utilizarmos o seu gabinete sempre que assim o entendermos. Foi também divulgado que iriam entrar novos elementos de enfermagem, de forma a reforçar a equipa e ainda a intenção de remodelar uma parte do serviço, que está neste momento inutilizado, com o objetivo de criar um espaço para se efetuar o acolhimento de enfermagem.

2. Elaborei um Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem no Acolhimento de Enfermagem à Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família (Apêndice 10).

Este “*Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem – Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família*”, pretende a uniformização da atuação dos enfermeiros e garantir maior efetividade à sua intervenção, promovendo cada vez mais e melhores cuidados de enfermagem. Este pretende ser um documento simples que visa fundamentar a nossa atuação e colocar em evidência os resultados da prática de enfermagem. De acordo com a OE (2007) a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de Enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Concordo, portanto com a afirmação de Benner (2001, p.201) “*Os protocolos, diretivas visando obter cuidados de qualidade podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados (...) a enfermeira perita é por vezes levada a contornar essas regras quando ela julga que é para o bem do seu doente*”.

Para produzir o referido guia suportei-me em bibliografia disponível nomeadamente nas “*Etapas da Entrevista*” de Margot Phaneuf (2005) e no “*Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem: Entrevista ao Adolescente*”, divulgado pela Ordem dos Enfermeiros (2010). Sustentei-me também na “*Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores de Boas Prática de Cuidados*” divulgado pela Ordem dos Enfermeiros (2007).

Este Guia Orientador está organizado em cinco capítulos. No capítulo um, são abordados aspectos relativamente ao impacto do diagnóstico na pessoa com doença hemato-oncológica e a importância do acolhimento de enfermagem. No capítulo dois estão enunciados os princípios gerais a ter em conta no acolhimento de enfermagem. No capítulo três encontra-se esquematizado o algoritmo de atuação no acolhimento de enfermagem. No capítulo quatro é descrita a operacionalização das várias fases do acolhimento de enfermagem. Por fim, são apresentadas as conclusões onde são sugeridas algumas questões de investigação.

O guia elaborado foi apresentado e discutido com a docente tutora do projeto, tendo-se procedido às alterações sugeridas. Contudo, devido ao fator tempo não consegui fazer a divulgação deste Guia Orientador no serviço a tempo de finalizar o prazo de entrega do relatório, pelo que é meu objetivo fazê-lo de imediato.

3. Elaborei um Guia de Acolhimento com informações a serem transmitidas no momento em que o doente e família são acolhidos pela primeira vez no serviço (Apêndice 11).

Através das respostas à sondagem de opinião, os enfermeiros do serviço sugeriram a elaboração de um Guia de Acolhimento, que contemple os vários temas a abordar com a pessoa doente e família no momento da sua admissão ao serviço. Este documento visa essencialmente uniformizar e sistematizar a informação que é transmitida pela equipa ao doente e sua família. Na opinião de Vitória (2001, p. 15) ao citar Gouveia (1992), *“ao recém admitido deve sem demora ser dado apoio traduzido em explicações dos porquês, da organização, de como e de quando agir em determinadas circunstâncias e de quem poderá ajuda-los na resolução das dificuldades (...) para facilitar o uso das informações recebidas, poderá ser distribuído um manual de acolhimento em brochura simples e prática.”*

A pessoa com doença hemato-oncológica e sua família pode encontrar neste Guia de Acolhimento informações relativa: ao funcionamento do serviço; o que pode levar para o internamento; que cuidados deve ter (Higiene corporal; Higiene oral; Lavagem das mãos, Higiene dos cabelos/unhas/barba/produtos cosméticos; Alimentação; Exercício Físico) e algumas recomendações relativamente às visitas.

O documento elaborado foi apresentado e discutido com a docente orientadora do projeto, com a enfermeira chefe e com a diretora clínica. Foram feitas alterações, de acordo com as

sugestões dadas. Atualmente, o guia aguarda ainda a aprovação da equipa médica para posterior publicação.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Ao longo do percurso realizado nas diferentes experiências de estágio a dimensão ética do Cuidar sempre esteve presente nos cuidados que prestei à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Suportada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista considero pertinente salientar alguns aspetos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

No decorrer da minha aprendizagem dei especial atenção à relação terapêutica enfermeiro-doente, assente no respeito pela individualidade, autonomia e dignidade da pessoa. Como refere Pires (2008, p. 1) “ (...) a ética fundamenta o agir (...) visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, que devem promover um bem ao utente família e comunidade.”

Agi de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), que se encontra publicado na Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), onde a deontologia visa proteger os direitos da pessoa, assim como fundamentar as nossas ações enquanto profissionais.

Nos contextos de ensino clínico, posso afirmar que em toda a minha atuação emergiu a responsabilidade de me manter atenta à vulnerabilidade da pessoa, enquanto doente e ser fragilizado, respeitando sempre os seus valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos, reconhecendo e aceitando os seus direitos. Durante a minha prática clínica procurei sempre envolve-los nas tomadas de decisão, dando-lhes a autonomia no poder de escolha. Surge neste sentido o dever de informar a pessoa, fornecendo-lhe informação relevante, correta e compreensível, no que respeita aos cuidados de saúde. Ao capacitá-la permite-lhe o consentimento livre e esclarecido, pelo que a informação a transmitir deverá ser verdadeira e adequada à situação de saúde da mesma (CDE, 2009, Artigo 84º).

5. CONCLUSÃO/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ao refletir sobre o meu percurso e os objetivos propostos, concluo ter desenvolvido competências técnicas, científicas e relacionais, que me permitiram desempenhar cuidados de excelência à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, mais especificamente ao nível do acolhimento de enfermagem.

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos acredito ter contribuído para melhorar a interação entre o enfermeiro e a pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Interação essa alicerçada no conhecimento aprofundado dos receios, ansiedades, medos, mas também esperanças e expectativas vivenciadas pela pessoa doente aquando da fase inicial do internamento.

O acolhimento de enfermagem deve ser entendido como *“uma atitude não de mera hospitalidade mas inserido num contexto da mais profunda relação humana (...)”* (Cardoso e Pinto, 2002). Neste sentido o acolhimento implica uma relação interpessoal sendo o momento ideal para se iniciar o estabelecimento de uma relação de ajuda. Benner (2001) identifica a relação de ajuda como uma das funções do enfermeiro, defendendo que este processo de ajuda é complexo e que na prática dos cuidados de enfermagem, de acordo com a necessidade da pessoa, assim se pode estabelecer a Relação de Ajuda informal e formal (Phaneuf, 2005).

O enfermeiro tem de ser detentor de capacidades indispensáveis para poder estabelecer uma relação interpessoal que se pretende que seja de “ajuda” e de ser capaz de aprofundar o seu conhecimento em cada uma dessas capacidades, de forma a desenvolver-se e atingir o maior grau de ajuda ou eficácia nessa mesma relação. Neste sentido as experiências de estágio, bem como a pesquisa bibliográfica e de evidência científica disponível, favoreceram o desenvolvimento desses conhecimentos, capacidades e competências.

Ao longo deste percurso de aprendizagem mantive uma prática reflexiva e crítica sobre o cuidar em enfermagem, com vista a uma procura constante do fundamento das minhas ações, para tornar a práxis clínica mais consciente e refletida, permitindo assim o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos conhecimentos (saber), atitudes (saber ser e estar) e capacidades (saber fazer), cimentando as minhas competências profissionais, para uma prestação de cuidados holísticos à pessoa doente e sua família. É neste sentido que Collière (2000, p. 340) afirma

que “é a partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar, de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados, permitindo assim aumentar o saber profissional”.

O referencial teórico pesquisado permitiu-me aprofundar conhecimentos na área do acolhimento de enfermagem, tendo sido posteriormente canalizados e aplicados durante os ensinamentos clínicos realizados, contribuindo para a minha autonomia e responsabilização enquanto futura enfermeira especialista em oncologia.

O fato de ter desenvolvido o meu projeto na área do Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família, torna-me num elemento de referência no seio da equipa de enfermagem, permitindo-me atuar como agente dinamizador e facilitador da aprendizagem.

No desenvolvimento do presente percurso formativo norteiei-me pelo Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem e definido por Benner (2001). Tendo por base os cinco níveis de aquisição de competências proposto pela autora considero que as competências que desenvolvi e adquiri com a realização deste projeto me colocam mais próxima do patamar de enfermeira perita. De acordo com Benner (2001) a enfermeira perita consegue compreender de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global. Não se rege por protocolos, regras, máximas, ou diretrizes. Focaliza-se no aspecto predominante do problema em detrimento de aspectos menos relevantes. São profissionais flexíveis e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação. Ao mesmo tempo, a autora acrescenta que no caso dos cuidados de enfermagem, a perícia utilizada em tomadas de decisões humanas complexas é o que torna possível a interpretação das situações clínicas. Aplicamos este mesmo raciocínio ao acolhimento de enfermagem e citamos a autora quando diz: “(...) os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (Benner, 2001, p.33).

Durante os vários ensinamentos clínicos que desenvolvi considero que a minha integração na equipa contribuiu para que fosse um fator facilitador no desenvolvimento de uma relação profissional, de confiança e respeito, o que permitiu o envolvimento e a participação dos vários elementos nas atividades que realizei nos serviços, tendo sido um contributo essencial para que este projeto se concretizasse.

A implementação deste projeto no serviço em que desempenho funções, traduziu-se em termos práticos, na elaboração de um Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem

nomeadamente no Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família e de um Guia de Acolhimento a fornecer ao doente e família no momento em que é acolhido pela primeira vez no serviço.

Finalizo o presente relatório com a consciência de que este constitui apenas um passo no meu percurso da vida e profissional, com o desejo de que o mesmo constituirá como provocação para a investigação enquanto ferramenta de trabalho, visando a prática baseada na evidência e que a implementação do projeto possa também ser vista como componente importante nos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apóstolo, J., Batista, A., Macedo, C. & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência. II série (3)*, 55- 64.
2. Araújo, M. M. T. (2009). A Comunicação No Processo de Morrer. In F. Santos (Editor). *Cuidados Paliativos Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (p. 209-221). São Paulo: Atheneu.
3. Avanzini, G. (1994). La Pédagogie du Project. *Recherche en Soins Infirmiers*, 38, 5-9.
4. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
5. Briga, S. (2010). A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-03-2014. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Sni%20Briga.pdf>.
6. Bolander, V., Sorensen & Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
7. Cadete, D. (2004). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures : Lusociência
8. Cardoso, A. B. & Pinto, P. (2002). Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 170, 11-14
9. Carkhuff, R. R. (1988). *L'art d'aider*. Quebec: Les Editions de L'Homme.
10. Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 7. 103-112.
11. Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica: os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda* (Vol.1). Lisboa: Lusodidacta.
12. Chris, L. (2006). *Clinical Thinking: evidence, communication and decision-making*. London: Blakwell.

13. Collière, M-F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
14. Collière, M-F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
15. Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA.
16. Corney, R. (2002). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos. In R. Corney (Coord.). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
17. Dias, M.R. (1994, abril). A desmistificação da bata branca na pessoa do doente. *Divulgação*, 30, 4-8.
18. Dias, M.R. (1997). *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
19. Direção Geral de Saúde (1999). *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
20. Dutra, R.A. (2009). *Acolhimento de Enfermagem: vivências do doente idoso*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Acedido a 20-06-2013. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>.
21. Espadinha, A.M. & Santos, V.A. (2012). Conceito psicológico e transcultural do cancro como doença. *Revista Envelhecimento e Inovação*, 1(5). Acedido a 30-05-2013. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com>.
22. Eustáquio, F. & Mendes, A. (2000). Medos, crenças, mitos... representações do cancro. *Nursing*, 141, 20-22.
23. European Oncology Nursing Society (2005) *Post-basic Curriculum in Cancer Nursing*.
24. Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A., & Beveridge, H.A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16 (4), 297-303.
25. Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 30, 10 -13.

26. Galhanas, C. L. M. (1997). Da Qualificação à Produção de Competências em Enfermagem: a importância da formação em serviço. *Pensar Enfermagem*, 1 (0), 5-9.
27. Gameiro, M.G. (2004). Estar doente: atribuição pessoal de significações. *Referência*, 12, 35-43.
28. Garcia, I., Wax, P.& Chwartzmann, F. (1996). Aspectos psicossociais do paciente com câncer. In Murad, A.M. & Katz, A. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
29. Gómez Sancho, M. (2000). *Cómo dar las malas noticias en medicina* (2da ed.). España: Arán Ediciones.
30. Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
31. Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
32. Jorge, A.M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
33. Lacerda, M., Lima, J., & Barbosa, R. (2007). Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. *Rev. Eletr. Enf*, 9 (1). 242-50.
34. Langhornem, M. (2000). Quimioterapia. In: S. E. Otto. *Enfermagem em Oncologia* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Trad) (pp. 587-630). Loures: Lusociência.
35. Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Editora Lusodidacta.
36. Lei nº 104/1998 de 24 de Abril (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I SÉRIE-A 93 (21/4/98) 1739.
37. Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 (18/02/2011).
38. Martins, J. C. A. (2007) O Enfermeiro na Informação ao Doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 12. 11-14.
39. Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-05-2013. Disponível em repositório-aberto.up.pt.

40. Martins A., et al. (2008). *Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?*. *Revista Pensar Enfermagem*. 12 (2) .52-6.
41. Matos, P., & Pereira, M. G. (2005). *Áreas de Intervenção na doença Oncológica: o doente oncológico e a sua família*. (2.^a ed). Lisboa: Climepsi.
42. McCray, N.D. (2000). Variáveis psicossociais e da qualidade de vida. In Otto, S. *Enfermagem em oncologia*. 3^a Ed. Loures: Lusociência.
43. Ministério da Saúde (2007) *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas*. Acedido a 13-06-2013. Disponível em <http://www.min-saude.pt>.
44. Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
45. Mourão. E. & Ribeiro, J. (2008). Qualidade de vida do doente submetido a transplante de medula óssea. *Onco.News*. 4. 18-24.
46. Neto, M.C.V. (2006). *Representação do cuidar em enfermagem: uma visão de professores e estudantes*. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta. Lisboa, Portugal. Acedido a 26-06-2013.
47. Ordem dos Enfermeiros (2005). Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (Coords.). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
48. Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
49. Ordem dos Enfermeiros (2007). *Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem*. Acedido a 10-06-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
50. Ordem dos Enfermeiros (2009) *Modelo de Desenvolvimentos Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Acedido a 10-06-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
51. Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico Do Enfermeiro*. Lisboa: D.R. I Série. 180 (2009-09-16).6547-6549.

52. Paixão, A. & Valério, I. (2008). A consulta de enfermagem do utente hipertenso no Centro de Saúde do Bonfim, Extensão de Santa Maria. *Sinais Vitais*. 77. 45-48.
53. Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A.V., Pereira, M., Quartilho, M. J.,...& Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9 (1). 73-87.
54. Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.
55. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
56. Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
57. Pires, A. (2008). Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*. 72 .13-18.
58. Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
59. Queiroz, A. A. (2004). *Empatia e respeito* (2ª ed.). Coimbra: Ariadne Editora
60. Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4a ed.). Loures: Lusociência.
61. Rogers, C. R. (1985). Tornar-se pessoa. Lisboa: Morais Editores.
62. Sá, E. (2010). A contribuição da enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico: revisão da literatura. *Pensar em Enfermagem*, 14 (2), 55-69.
63. Santos, M.I.A. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 51-60.
64. Santos, A.C.F. (2000). *Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Acedido a 5-02-2014. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10093>.
65. Serrão, D. (2004). Saúde e Doença. In M. do C. P. Neves & S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
66. Silva, M. (2010). *Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico: acolhimento de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de

- Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Acedido a 20-02-2014. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/>
67. Soares, C. (2007). *Projecto para uma Unidade de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
68. Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11 (1), 7-20.
69. Tavares, P. (2008). *Acolher Brincando*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-03-2014. Disponível em [file:///Users/angela/Downloads/Tese%20Mestrado%20Patricia%20\(4\).pdf](file:///Users/angela/Downloads/Tese%20Mestrado%20Patricia%20(4).pdf)
70. Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and Well-Being in Cancer Patients: A Review. *Psycho Oncology*, 19 (6), 565-572.
71. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.
72. Waldow, V. R. (2009, Fevereiro). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 140-145.
73. Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), 1543-55.
74. World Health Organization. (2002). *Nacional cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE Nº 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

<i>ANOS</i>	2013														2014								
<i>MESES</i>	<i>Outubro</i>					<i>Novembro</i>				<i>Dezembro</i>					<i>Janeiro</i>				<i>Fevereiro</i>		<i>Mar</i>		
<i>SEMANAS</i>	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	23ª
<i>DIAS</i>	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20		6	13	20	27	3	10	17	24	3
	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19		3	10	17	24	31	7	14	21	28	7



- 1- Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos de um Hospital especializado em Oncologia
- 2- Serviço de Hematologia de um Hospital especializado em Oncologia
- 3- Férias de Natal
- 4- Serviço de Onco-Hematologia de um Hospital especializado em Oncologia da região do Porto
- 5- Elaboração e Apresentação do Relatório

APÊNDICE Nº 2 – REFLEXÃO CRÍTICA Nº1



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

REFLEXÃO CRÍTICA n.º 1

Realizada no âmbito do Ensino Clínico num Hospital de Dia da UTM

Aluna: Ângela Gonçalves, n.º 4717

Docente: Sr.ª Prof.ª Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro 2013

INTRODUÇÃO

A prática reflexiva em Enfermagem visa estimular o crescimento e o desenvolvimento pessoal e profissional, ajudando o enfermeiro a desenvolver competências de questionamento da sua prática diária tornando-o assim mais flexível e humilde para reconhecer as suas oportunidades de melhoria e de crescimento. Prática reflexiva é definida por Schon (1992 citado por Santos, 2009) como um processo de transformar o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem a qual pode alterar e modificar o seu comportamento nessa mesma prática. O enfermeiro que reflete, permite o desenvolvimento do pensamento crítico, estando menos exposto à rotinização, rituais ou teorias estabelecidas. A reflexão sobre as práticas permite ao enfermeiro aumentar a confiança no seu desempenho, abordar a enfermagem de um modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas (Pereira, 1995 citado por Santos & Fernandes, 2004).

Com a presente reflexão pretendo descrever, analisar e refletir sobre um momento de interação com uma pessoa que necessitou de ajuda.

Assim, para realizar uma análise crítica da situação irei sistematizar o processo narrativo da reflexão em 6 etapas, segundo o Ciclo de Gibbs: descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que vou apresentar fez-me refletir sobre alguns aspetos relacionados com a relação de ajuda nos cuidados enfermagem / estabelecimento de relação de confiança entre enfermeiro-pessoa doente.

A Ana (nome fictício) tem 27 anos, é casada, com dois filhos (uma menina de 18 meses e um menino de 7 anos), natural e residente em Portalegre. Foi-lhe diagnosticado um Linfoma de Burkitt em 24/04/2012, às 24 semanas de gestação. Realizou um primeiro tratamento com quimioterapia (R-CHOP) ainda grávida, pelo que se optou por aguardar pelas 28 semanas de gestação para efetuar uma cesariana eletiva (27/05/2012). Posteriormente realizou vários ciclos de quimioterapia de acordo com protocolo instituído pelo serviço de hematologia. Durante este período os filhos ficaram ao cuidado da avó materna. Em Agosto de 2013, após

os exames efetuados terem revelado remissão completa, foi proposta para alotransplante não relacionado, uma vez que não tinha dador familiar compatível. Foi admitida na Unidade de Transplantação de Medula Óssea a 03/10/2013, tendo realizada a infusão de células a 09/10/2013. Teve alta no dia 25/10/2013 (D+16), contudo teria que ser seguida em ambulatório (Hospital de Dia da UTM) para uma maior vigilância das complicações que poderiam surgir após o transplante. Saía do Hospital de Dia só ao final do dia para o lar do Hospital, uma vez que era de Portalegre e não podia fazer grandes deslocações nesta fase inicial após-transplante. Eu já conhecia a Ana do meu local de trabalho, uma vez que foi lá que lhe foi diagnosticado o Linfoma e por onde passou todas as fases do tratamento da doença antes de ser submetida a transplante de medula.

Fiquei muito contente por encontra-la numa outra fase da sua vida e poder acompanhá-la neste processo após-transplante de medula. Passou uma semana e a Ana não parecia a mesma pessoa que eu conhecia anteriormente ao transplante, alegre, bem disposta, sempre com um sorriso nos lábios e muito positiva em relação à vida. Quando chegava ao Hospital de Dia pedia sempre um cobertor e deitava-se no cadeirão onde dormia quase o dia todo, com fáceis muito triste, pouco comunicativa e com um ar cabisbaixo. Quando me aproximava para a cumprimentar e perguntar como se encontrava, dizia-me que estava bem, só se sentia cansada, pelo que precisava de descansar. Algo me fazia acreditar que se passava mais alguma coisa, que algo a estava a angustiar.

Numa manhã aproximei-me da Ana e sentei-me junto dela. Senti que tinha ficado agradada com a minha presença. Comecei por lhe perguntar “Como se sente hoje, Ana?”. Com fáceis triste, olha para mim e diz-me: “Sinto tanta falta dos meus filhos!”. Olhei-a nos olhos e peguei-lhe na mão. E foi quando a Ana começou a falar sobre as suas preocupações e angustias especialmente em relação à sua filha mais nova por não a ter acompanhado durante o primeiro ano de vida. Começa a chorar e diz-me: “Quando estou em casa, a minha filha prefere a minha mãe... Eu compreendo isso tudo, pois foi a minha mãe que a criou... mas fico com o coração tão apertado...”. Depois de um curto silêncio, respondi-lhe olhando-a nos olhos, “Ana, sempre foi uma boa mãe e eu sei que a Carolina (nome fictício) um dia irá compreender esta sua ausência”. Disse-lhe ainda que era uma mulher jovem, que sabia que se tratava de um momento difícil e bastante longo, mas que não poderia deixar de lutar. Que já estava na reta final e que gradualmente a sua vida iria retomar à normalidade. Tudo faríamos para a acompanhar e ajudar a ultrapassar estes seus medos e preocupações.

Lembrei-me que se aproximava o fim-de-semana e decidi abordar a minha orientadora se existia a possibilidade da Ana, visto a situação clínica estar estável, ir passar o fim de semana a casa. Expliquei-lhe a situação e da necessidade da Ana estar com os filhos, da importância que seria esse reencontro para o bem estar físico e psicológico da doente. A enfermeira orientadora compreendeu a situação e decidimos ir expor a situação à médica assistente, a qual após ver os resultados das análises concordou que a Ana fosse passar o fim-de-semana a casa. Ao saber que poderia ir a casa, a Ana ficou radiante e antes de se ir embora abraçou-me e disse-me com um enorme sorriso nos lábios: “Muito Obrigado, Enfermeira A.!”.

2. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Desde o internamento no serviço de hematologia, há mais ou menos 1 ano e meio atrás, que senti empatia por esta jovem mulher. Lembro-me de ter ficado sensibilizada com a história desta mulher, de estar grávida quando lhe foi diagnosticado o Linfoma, o de ter sido obrigada a deixar a sua filha na maternidade e ter que seguir para o IPO para continuar com os tratamentos de quimioterapia, o facto de correr risco de vida e de nunca ter desistido de lutar.

Senti imediatamente a necessidade de a proteger, pelo que apesar de não ter sido eu a fazer o seu acolhimento inicial no serviço de hematologia (local onde exerço funções), fui ao longo do internamento estabelecendo uma relação de proximidade e confiança com esta doente. Por esse motivo, foi facilitada a minha interação com a Ana, no contexto do Hospital de Dia.

Fiquei muito emocionada, quando me disse: “Sinto tanta falta dos meus filhos!”, pois apesar de ainda não ter filhos, imagino que deve ser impensável suportar o facto de estar distante e incapaz de os cuidar por doença.

Senti que consegui que a doente expressasse os seus sentimentos e constatei que ficou mais aliviada por sentir que estava a ser ouvida e compreendida. Considero que durante a interação o silêncio teve um papel fundamental, assim como o facto de a ter olhado nos olhos e de lhe ter pegado na mão. Na minha perspectiva não deixam de ser formas de comunicação não verbal que demonstrou estar solidária com o seu sofrimento.

O fato de ter conseguido com que a Ana fosse passar o fim-de-semana a casa foi bastante gratificante para mim enquanto profissional, pois senti que consegui desenvolver ações eficazes na resolução dos problemas apresentados pela doente, contribuindo assim para o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e pessoa doente.

3. AVALIAÇÃO

Considero que esta experiência foi bastante enriquecedora, pelo que acredito que existem muito mais elementos facilitadores de adaptação à situação do que elementos inibidores.

Como elementos facilitadores destaco:

- A relação terapêutica que já tinha estabelecido com a Ana anteriormente ao transplante, permitiu-me planear intervenções de enfermagem direcionadas às suas necessidades de cuidados. Neste sentido, Thistlethwaite (2009) refere que uma relação continuada promove empatia e cuidados holísticos, e que, quando existe conhecimento prévio sobre o doente, a comunicação é mais fácil, acrescentando ainda que o conhecimento prévio permite ao profissional de saúde preparar-se antecipadamente para a interação e para explorar os sentimentos e preocupações do doente, aumentando assim o nível de satisfação com a relação que se estabelece. (Thistlethwaite, 2009).
- A utilização de uma comunicação não verbal: “o olhar nos olhos”; “o toque”, fazem-me acreditar que a Ana sentiu que eu estava disponível para a ouvir e que compreendia o seu sofrimento.
- Considero importante realçar o papel do silêncio como sendo uma preciosa ajuda para que o profissional de saúde tenha tempo para observar a pessoa, perscrutar sentimentos, refletir sobre a forma de verbalizar os seus medos, angústias e preocupações, bem como para que possa refletir sobre o que foi transmitido. Contudo, ainda me sinto “desconfortável” com alguns momentos de silêncio, pelo que necessito de desenvolver estratégias para ultrapassar esta minha dificuldade, de forma a melhorar as minhas intervenções futuras.
- A existência de uma boa comunicação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, o que permitiu proporcionar um fim-de-semana à Ana juntamente com os seus filhos.
- Boa aceitação da equipa em relação a mim, considerando-me como um elemento da equipa na prestação de cuidados.

Como elementos inibidores destaco:

- O facto de não estar no meu local de trabalho e o receio de não conseguir lidar com alguma situação desconhecida que pudesse surgir.

4. ANÁLISE

Esta situação de cuidados evidencia uma relação terapêutica em enfermagem oncológica, tendo sido utilizada como técnica específica a “relação de ajuda”. A relação terapêutica que na minha perspectiva é indissociável dos cuidados de enfermagem já que, tão importante como os aspectos técnicos (*“cuidados de recuperação”*) existe ainda todo um conjunto de intervenções que determinam os cuidados de enfermagem holísticos (*“cuidados de manutenção”*) (Collière, 2003). A mesma autora (2003, p. 112) “*exige que sejam revalorizados os cuidados de manutenção da vida, que continuam a maior parte das vezes relegados como acessórios, secundários, até mesmo desprezados, embora sejam os mais fundamentais e nenhum tratamento os possa substituir*”.

A relação de ajuda baseia-se no estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e a ajuda a quem deles precisa. É uma relação que assenta nos princípios da aceitação e respeito pelo outro e da autonomia, sendo o doente um elemento fundamental do processo de ajuda, no sentido em que este pretende explorar as suas potencialidades para superar os seus problemas e crises. Para que a relação de ajuda se estabeleça, o enfermeiro deverá demonstrar um respeito constante pelo doente e uma atenção permanente, que não se deve limitar à sua simples presença física. Este tipo de relação, implica uma aceitação incondicional, isto é, uma aceitação da pessoa doente que pede ou necessita de ajuda independentemente das suas ideologias, convicções ou outras particularidades. Quando o enfermeiro procura estabelecer uma relação de ajuda, deve ter profunda consciência do contacto que está a estabelecer com aquele que ajuda, sem nunca esquecer a pessoa como um ser único, bio-psico-social e cultural, e respeitando-o permanente e incondicionalmente, nunca adoptando uma atitude paternalista ou diretiva. O mostrarmos a nossa disponibilidade, de forma constante e realmente presente, faz com que a relação cresça e que o doente tenha uma maior confiança com o prestador de cuidados.

A qualidade de uma relação que se pretende de ajuda depende da sua abrangência e profundidade. A abrangência está em função da abertura demonstrada pelos intervenientes para comunicar e transmitir as informações necessárias à compreensão do problema e a profundidade traduz o empenho e implicação de cada interveniente nesta troca de informação. Quanto mais abrangente for a relação, mais superficial se tornará, pelo que é necessária, por parte do enfermeiro, uma capacidade de moderar a troca de informação para que esta não se

torne desviante do tema central, evitando assim uma dispersão que impossibilite o estabelecimento da profundidade pretendida e necessária para que o processo de ajuda aconteça efetivamente (Phaneuf, 2005).

A capacidade de **escuta** é fundamental numa relação de ajuda, e nunca poderá ser um simples ouvir ou prestar atenção superficial, deverá sim consistir na utilização de todos os sentidos de modo a captar as vivências de outra pessoa. A verdadeira escuta, é aquela que permite à pessoa expressar os seus sentimentos. Como afirma Bellet (1995, citado por Phaneuf, 2005, p. 152), *“sem a escuta essencial a toda a relação, o homem é para o homem o puro estranho, o abismo da ausência”*. A escuta em enfermagem transcende largamente o escutar puro e simples, escutar não é sinónimo de ouvir, é, mais do que isso, um ato que implica todo o corpo e alma. Desde o olhar, à percepção da expressão, da postura do outro, tudo faz parte do processo de escuta, no sentido em que importam as palavras que se usam, mas importa também e principalmente a forma como são ditas e os sentimentos por elas transmitidos. Nesta situação, a escuta atenta, a disponibilidade demonstrada e o contacto visual foram fundamentais para que a Ana conseguisse expressar os seus sentimentos, as suas angústias e preocupações. Como afirma Kaepelina (1993 citado por Phaneuf, 2005, p. 332), *“a escuta mobiliza o ser por inteiro. Escuta-me, equivale a dizer a uma pessoa faz com que eu exista para ti.”* Escutar é também respeitar e interpretar o **silêncio**, *“compreender o que não é dito (...), é muitas vezes perceber nas expressões desastradas e nas hesitações o que o outro quer dizer e que não sabe exprimir”* (Phaneuf, 2005, p. 332). Não se escuta só com o ouvido, escuta-se com o olhar, com atenção à linguagem não verbal, tantas vezes mais reveladoras que a verbal, com a proximidade física adequada e com a leitura do silêncio. Como refere Collière (2000) *“todos estes sinais nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si própria”* (p. 246). A comunicação não verbal objectiva *“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”* (Collière, 2000, p. 246).

O **toque** também é parte integrante da comunicação terapêutica e da relação estabelecida entre a enfermeira e a pessoa. Tocar alguém é uma forma de criar laços, indispensáveis a qualquer tipo de relação, mesmo sendo uma relação profissional. Esta é uma forma de transmitir ao doente que não está sozinho, que pode contar com a nossa ajuda, transmite segurança e proteção, reforçando o relacionamento (Garcia, 2002). Ao utilizar o toque na relação com o

outro é fundamental ter em atenção se o modo como tocamos a pessoa é aceitável para esta ou se é entendido como uma imposição e invasão do seu espaço íntimo através da observação da reação da pessoa. De um modo geral o toque como dar a mão ou tocar o braço é bem aceite pelo outro, desde que não seja feito de uma forma inesperada e sem significado. Também é importante a enfermeira perceber qual é para si o significado do toque. Se este é feito apenas por obrigação, a pessoa apercebe-se da falta de afectividade neste toque. *"As enfermeiras peritas estão conscientes do valor da sua presença junto dos doentes. Elas insistem muito na importância do toque e das relações pessoais entre o doente e a enfermeira. Elas falam também na necessidade de permitir aos seus doentes que expressem o que ressentem, muitas vezes sem que elas tenham que intervir"*, (Benner, 2001, p.84).

Outra importante habilidade a desenvolver em relação de ajuda é aquilo a que Carl Rogers chama de **aceitação incondicional do outro**, tal como ele é, sem avaliações ou juízos de valor. Esta aceitação do outro por parte do enfermeiro remete-nos para outro aspecto importante: a aceitação de si. Quando sente dificuldades em aceitar um doente, o enfermeiro atribui essa incapacidade a características do doente, como, por exemplo, o seu aspecto físico ou uma personalidade difícil. Pode ser esse o motivo, é certo, mas a dificuldade em aceitar a pessoa pode também dever-se ao facto de, na sua vulnerabilidade, fragilidade e dependência, com as suas exigências, angústias e incoerências, essa pessoa confronta o enfermeiro com as suas próprias fraquezas, fazê-lo aperceber-se também das suas fragilidades e levando-o a adquirir a rejeição como defesa (Phaneuf, 2005).

A **empatia** é outra parcela muito importante na relação de ajuda, que significa ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, embora reconhecendo sempre que a vivência é da outra pessoa e não nossa. Phaneuf (2005, p. 346) define empatia como um *"sentimento profundo de compreensão do outro."* A empatia torna-se então, o equilíbrio entre a sensibilidade excessiva demasiado intensa, e o outro extremo que é uma atitude demasiado neutra a nível afectivo, muito distante e muito pouco humana. O enfermeiro deverá tentar encontrar o equilíbrio entre estes dois extremos e desse modo, compreender o doente. Mas, mais uma vez se torna vital que a empatia não se restrinja somente às palavras, pois, como já foi referido, não só a voz fala.

A relação de ajuda baseia-se ainda na **congruência**, ou seja, na capacidade de o enfermeiro ser autêntico e verdadeiramente ele próprio, exprimindo os seus próprios sentimentos sem que hajam diferenças entre a linguagem verbal e não verbal. Para que haja congruência na relação

é necessário que o enfermeiro se aceite a si próprio como é e que os seus comportamentos estejam em harmonia com as suas emoções (Phaneuf, 2005).

Resumindo, pode inferir-se que a relação de ajuda é um processo que exige uma disponibilidade física e mental por parte do enfermeiro que muitas vezes o faz mergulhar num cansaço profundo e num estado de esgotamento que se instala silenciosamente. O estabelecimento de uma relação de empatia, de confiança e de congruência envolve, inevitavelmente, o enfermeiro também na sua dimensão pessoal, no sentido em que cria laços com os doentes e suas famílias e, de certa forma, vive também a sua dor e partilha o seu sofrimento. Silva (2000, p. 298) coloca uma questão com a qual os profissionais de saúde se deparam muito frequentemente: *“Como é possível (...) ajudar alguém que sofre, ficando indiferente ao sofrimento humano?”* Não parece possível não sofrer perante o sofrimento de alguém. O envolvimento, enquanto sentir também a dor do utente, é fundamental e deve existir. Contudo, não se pode permitir que a sensibilidade perturbe a capacidade de raciocínio e de conduta. Ou seja, o envolvimento será tanto quanto o necessário para revestir a relação de solidariedade e afectividade, sem nunca comprometer a objectividade.

Citando Phaneuf (2005) *“esta relação equívoca, plena de subtilezas e de ambiguidades, constitui um dos mais belos desafios em enfermagem”* (p.329). *“E é graças a esta relação que a pessoa se sente escutada e compreendida, que se torna importante aos olhos de alguém e que encontra nesta atenção do outro a força para viver a sua dificuldade, para aceitá-la e mesmo para mudar”* (p.322).

Nesta situação específica recorri ao conhecimento prévio que dispunha da doente e da relação anteriormente estabelecida para oferecer ajuda e demonstrar disponibilidade. A mesma contribuiu para que a doente sentisse confiança em mim para expressar os seus medos e a as suas angústias (: *“Sinto tanta falta dos meus filhos!”*). Collière (2000, p. 248) afirma que os enfermeiros só conseguirão criar laços de confiança se *“forem capazes de compreender, de agarrar as diversas informações recebidas no decurso das conversas e entrevistas, definindo quais as que são indispensáveis completar tendo em conta a natureza dos problemas existentes e a ajuda a prestar”*

5. CONCLUSÃO

Da análise e reflexão sobre esta experiencia vivenciada aprendi que para o estabelecimento de

uma relação de confiança é necessário a construção de uma relação de ajuda eficaz e para que tal aconteça é essencial que estejam presentes alguns elementos como o diálogo, a presença, a disponibilidade, a escuta, a atenção e a autenticidade. Como refere Collière (2003, p. 2) “ *o gesto e a palavra continuam a ser o motor dos cuidados, ou seja, daquilo que mobiliza a vida e lhe permite afirmar-se. O gesto que descobre, que impulsiona, que pressente o ritmo, que apazigua, que movimenta...e a palavra que apela para existir*”.

Neste encontro, penso que foi importante o ter demonstrado disponibilidade para a escutar ativamente, o ter respeitado os silêncios e o facto de a ter deixado exprimir os seus medos, inquietações e preocupações.

Sendo a enfermagem uma profissão de ajuda, o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver competências relacionais e comunicacionais, facilitando a compreensão dos problemas do doente e da família, ter a capacidade de perceber as alterações que a doença oncológica juntamente com o internamento podem ter na pessoa, conhecer os seus valores, atitudes e posturas e ajudá-los a mobilizar os seus recursos e potencialidades, na doença. Como refere Collière (2000) “*o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes*” (p. 287).

6. PLANEAMENTO DA ACÇÃO

A presente reflexão resulta de uma experiência enriquecedora, por me permitir aperfeiçoar os cuidados de enfermagem e melhorar as intervenções de enfermagem de forma a responder de forma eficaz às necessidades individuais da pessoa doente, pelo que, em ações futuras devo dar especial relevância aos seguintes aspectos:

- Proporcionar desde o primeiro contacto com o doente/família um clima de aproximação e disponibilidade, permitindo desde cedo o estabelecimento de uma relação de confiança;
- Estabelecer uma relação empática com o doente e família, permitindo assim que estes se sintam capazes de verbalizar os seus sentimentos e receios;
- Demonstrar compreensão e empatia perante o sofrimento do doente, utilizando a escuta ativa, o toque, o silêncio e o olhar;
- Rever competências comunicacionais e relacionais, através de pesquisa bibliográfica e

treino dessas mesmas competências, permitindo assim a otimização das intervenções de enfermagem.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
2. Collière, M-F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
3. Collière, M-F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
4. Garcia, S. P. (2002). Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal, em contexto hospitalar. *Nursing*. 165. 20-26.
5. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
6. Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
7. Santos, E. M. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico*. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem. Dissertação de mestrado em Didática, Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal. Acedido a 10- 05-2013. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>
8. Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 11. 59-62. Acedido a 10-05-2013. Disponível em http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2064&pesquisa=
9. Silva, M.A.D. (2000). *Quem ama não adoeece*. Cascais: Editora Pergaminho.
10. Thistlethwaite, J.(2009). Breaking bad news - skills and evidence. *InnovAIT*. 10 (2). 605-612.

**APÊNDICE Nº 3 – PLANO DA SESSÃO NO HOSPITAL
DE DIA DA UTM**



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***O Projeto de Estágio: O Acolhimento da Pessoa com
Doença Hemato-Oncológica e sua Família –
Intervenções de Enfermagem -***

Ensino Clínico: Hospital de Dia da UTM

- Plano da Sessão -

Aluna: Ângela Gonçalves, nº 4717

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro 2013

1. Destinatários: Equipa de Enfermagem da UTM

2. Finalidade:

- Apresentar o projeto à equipa de enfermagem subordinado ao tema *O Acolhimento do Doente Hemato-Oncológico e sua família- Intervenções de Enfermagem*, de forma a identificar os contributos do estágio no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;

3. Objetivos:

- Identificar a importância da experiência de estágio para o desenvolvimento do projeto;
- Refletir sobre as estratégias desenvolvidas pela equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa submetida a transplante de medula óssea e sua família durante o acolhimento;
- Partilhar as vivências individuais, dos elementos da equipa de enfermagem, sobre as suas experiências no acolhimento das pessoas submetidas a transplante de medula óssea e suas famílias.

4. Plano da Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
Introdução Duração: 5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Justificação da problemática em estudo; - Objetivos do projeto. 	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa Prezi
Desenvolvimento Duração: 10 min	1. Contextualização teórica da problemática em estudo: 1.1. O Impacto da Hospitalização; 1.2. O Papel do Enfermeiro no Acolhimento da Pessoa	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa Prezi

	com Doença Hemato-Oncológica e sua família;	
	2. Justificação da UTM como campo de estágio;	
	3. Objetivos do estágio;	
	4. Contributos do estágio realizado na UTM no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais.	
Conclusão Duração: 5 min	Apresentação do dossier com bibliografia pertinente sobre a problemática em estudo.	Método demonstrativo
Avaliação Duração: 10 min	Avaliação da sessão	Debate com as colegas da UTM

5. Referências Bibliográficas

1. Dutra, R.A. (2009). *Acolhimento de Enfermagem: vivências do doente idoso*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Acedido a 20-06-2013. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>.
2. Garcia, I., Wax, P.& Chwartzmann, F. (1996). Aspectos psicossociais do paciente com câncer. In Murad, A.M. & Katz, A. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
3. Martins, J. C. A. (2007) O Enfermeiro na Informação ao Doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 12. 11-14.
4. Serrão, D. (2004). Saúde e Doença. In M. do C. P. Neves & S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
5. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.

**APÊNDICE Nº 4 – PLANO DA SESSÃO NO SERVIÇO
DE HEMATOLOGIA**



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***O Projeto de Estágio: O Acolhimento da Pessoa com
Doença Hemato-Oncológica e sua Família –
Intervenções de Enfermagem***

Ensino Clínico: Serviço de Hematologia

- Plano da Sessão -

Aluna: Ângela Gonçalves, nº 4717

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro 2013

1. Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia

2. Finalidade:

- Sensibilizar a equipa para a importância de intervenções de enfermagem adequadas no acolhimento da pessoas com doença hemato-oncológica e sua família, de forma a favorecer uma melhor aceitação da doença e consequentemente uma melhor adesão ao tratamento.

3. Objetivos:

- Identificar a finalidade e objectivos do projeto;
- Refletir sobre o impacto da hospitalização no doente e na família;
- Reconhecer a necessidade de implementação de estratégias que suportem intervenções de enfermagem adequadas no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família no momento do internamento de forma a favorecer uma melhor aceitação da doença e uma melhor adesão ao tratamento.

4. Plano da Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
Introdução Duração: 5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Justificação da problemática em estudo; - Objetivos do projeto. 	<p>Método expositivo</p> <p>Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa Prezi</p>
Desenvolvimento Duração: 10 min	<p>1. Contextualização teórica da problemática em estudo:</p> <p>1.1. O Impacto da Hospitalização;</p> <p>1.2. Intervenções de Enfermagem no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;</p> <p>2. A justificação da</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa Prezi</p>

	necessidade de implementar um acolhimento no momento do internamento ao doente e família de forma adequado.
Conclusão Duração: 5 min	Discussão sobre a pertinência da implementação do projeto. Debate com as colegas e entregue questionário para sondagem de opinião

5. Bibliografia

1. Dutra, R.A. (2009). *Acolhimento de Enfermagem: vivências do doente idoso*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Acedido a 20-06-2013. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>.
2. Garcia, I., Wax, P.& Chwartzmann, F. (1996). Aspectos psicossociais do paciente com câncer. In Murad, A.M. & Katz, A. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
3. Martins, J. C. A. (2007) O Enfermeiro na Informação ao Doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 12. 11-14.
4. Serrão, D. (2004). Saúde e Doença. In M. do C. P. Neves & S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
5. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.

**APÊNDICE Nº 5 – SONDAÇÃO DE OPINIÃO
APLICADA AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE
HEMATOLOGIA**



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***O Projeto de Estágio: O Acolhimento da Pessoa com
Doença Hemato-Oncológica e sua Família –
Intervenções de Enfermagem***

Ensino Clínico: Serviço de Hematologia

- Sondagem de Opinião -

Aluna: Ângela Gonçalves, nº 4717

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro 2013

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, selecionei como área de interesse e como fio condutor do meu estágio do 3º semestre a problemática relacionada com o **“Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família”**.

Devemos ter consciência, que quando a pessoa é hospitalizada, esta separa-se da família, dos amigos, dos seus objetos pessoais, chegando a um mundo totalmente desconhecido onde perde a sua identidade própria. De uma hora para a outra, encontra-se com um pijama que pode não ser o seu, numa cama com características que não lhe são familiares, rodeado de pessoas e objetos que não conhece. Desta forma, a hospitalização assume-se como um momento de tensão em que o doente e a família experienciam sentimentos de ansiedade, medo, fragilidade e vulnerabilidade, pois como afirmam Moreira, Castanheira e Reis¹ (2003, p.28) *“o internamento para o doente oncológico pode ter um duplo sentido, se por um lado pode ser encarado como um agravamento da sua doença, pode também ser a esperança para todo o processo de cura”*. Assim, considero que o momento do acolhimento tem uma importância fulcral na condução de todo o processo de evolução da doença e na forma como o doente percebe a própria doença e o tratamento. Tendo em conta as suas funções o enfermeiro torna-se um elemento fundamental em todo este processo, uma vez que é o elemento da equipa que mais tempo passa junto destes o que lhes confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008)². Sendo assim, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação e para perceber se a pessoa doente entendeu o verdadeiro significado da mensagem, dando-lhe as explicações necessárias. A comunicação é parte integrante e essencial do acolhimento e ocupa um lugar primordial na relação com o doente. De acordo com Ferreira e Valério (2003)³, o acolhimento afigura-se como muito mais que um simples

¹ Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36;

² Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação: contextos, práticas satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-05-2013. Disponível em repositorio-aberto.up.pt;

³ Ferreira, C. & Valério, A. (2003). *Acolhimento do doente num serviço de internamento*. Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem, 30, 10 -13.

ato inicial de admissão do doente num serviço. De fato, o acolhimento é um cuidado de enfermagem e prossegue no dia-a-dia, aquando a prestação de cuidados de enfermagem.

No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área específica solicito a sua colaboração para o preenchimento, expressando livremente a sua opinião no que diz respeito a esta problemática. As respostas obtidas têm finalidade exclusivamente académica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes e o anonimato dos dados.

1. Considera o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família importante? Justifique?

2. O que mais valoriza quando efetua o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família?

3. Quais os fatores que, no seu serviço, podem dificultar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família?

4. Qual a sua opinião no que diz respeito ao instrumento de colheita de dados que atualmente é utilizado no serviço de hematologia? Considera ser um instrumento facilitador no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família? Justifique?

5. Que estratégias sugere para melhorar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, no seu serviço?

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Ângela Carina Ramos Gonçalves

**APÊNDICE Nº 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA
RELATIVA ÀS QUESTÕES DA SONDAGEM DE OPINIÃO**

Considera o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família importante?

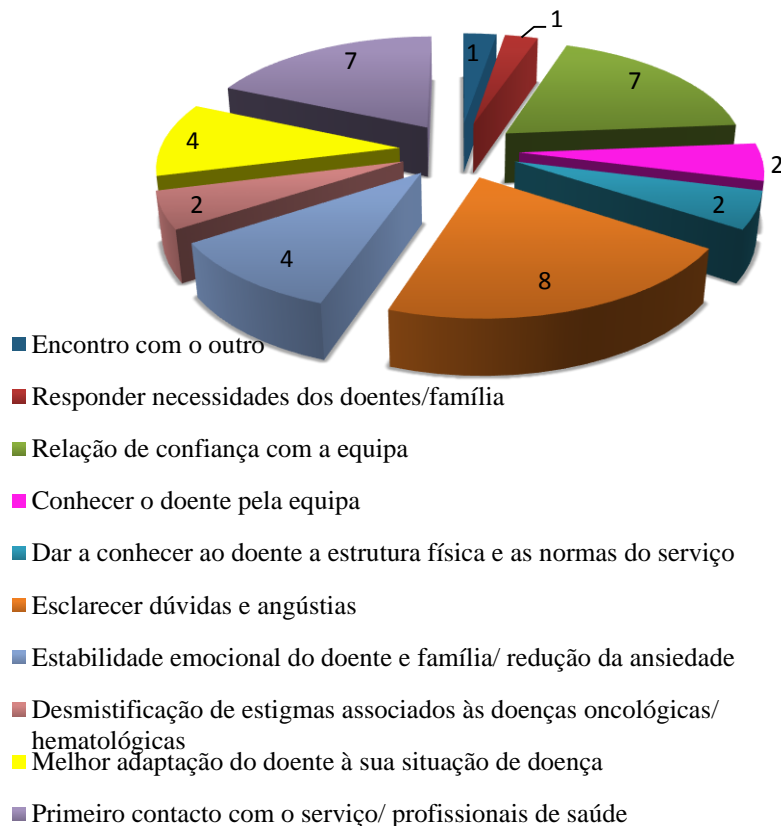


Gráfico 1 – Importância atribuída ao acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família

O que mais valoriza quando efetua o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família?

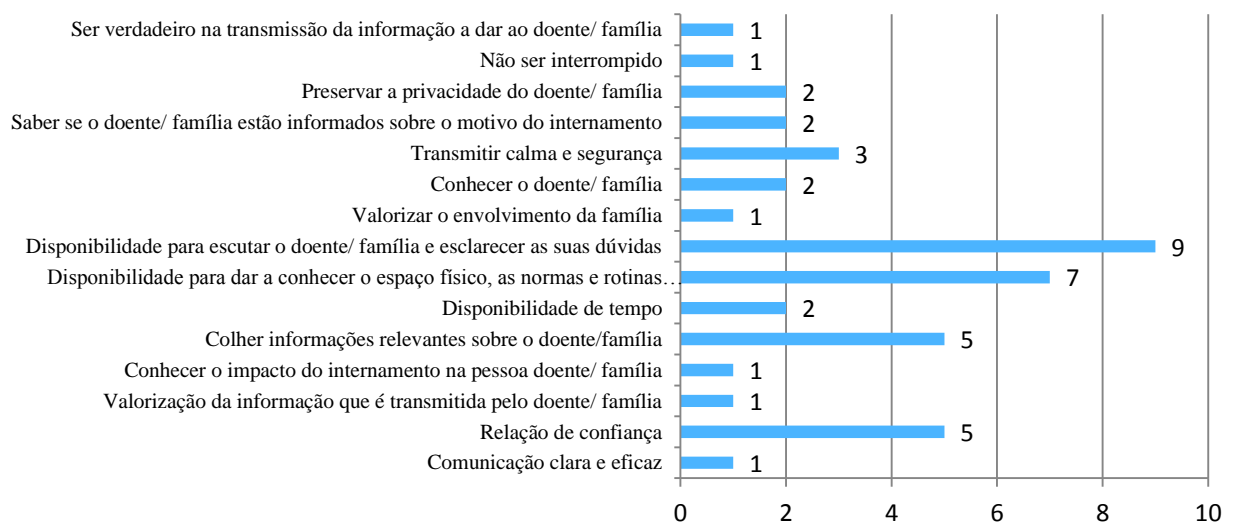


Gráfico 2 – O que mais valorizam os enfermeiros quando efetuam o acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família.

Quais os fatores que, no seu serviço, podem dificultar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família?

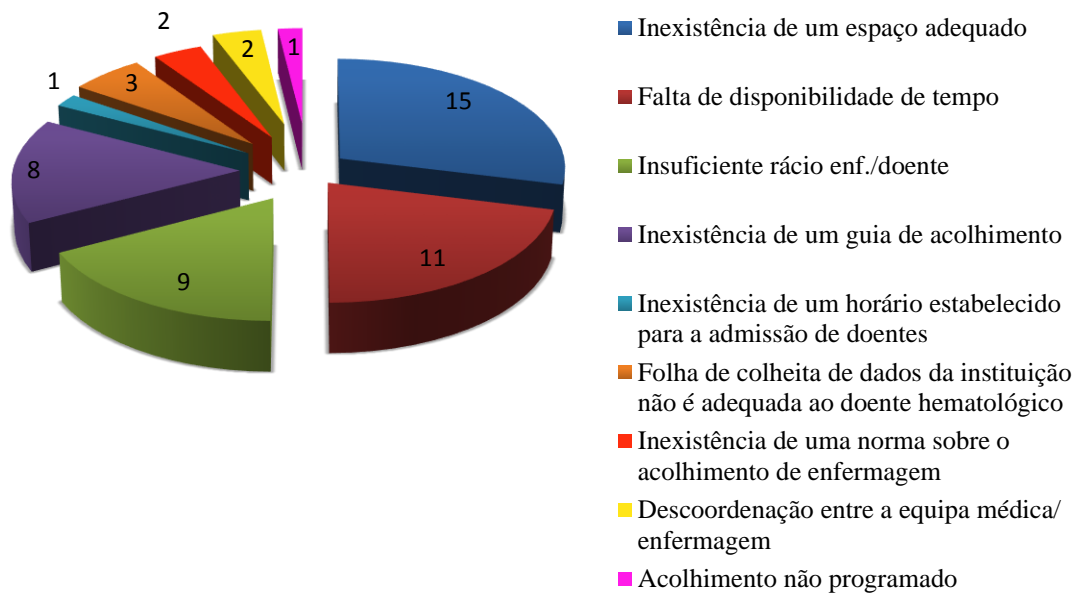


Gráfico 3 Fatores dificultadores do acolhimento do doente hemato-oncológico e sua família

Apreciação do instrumento de colheita de dados

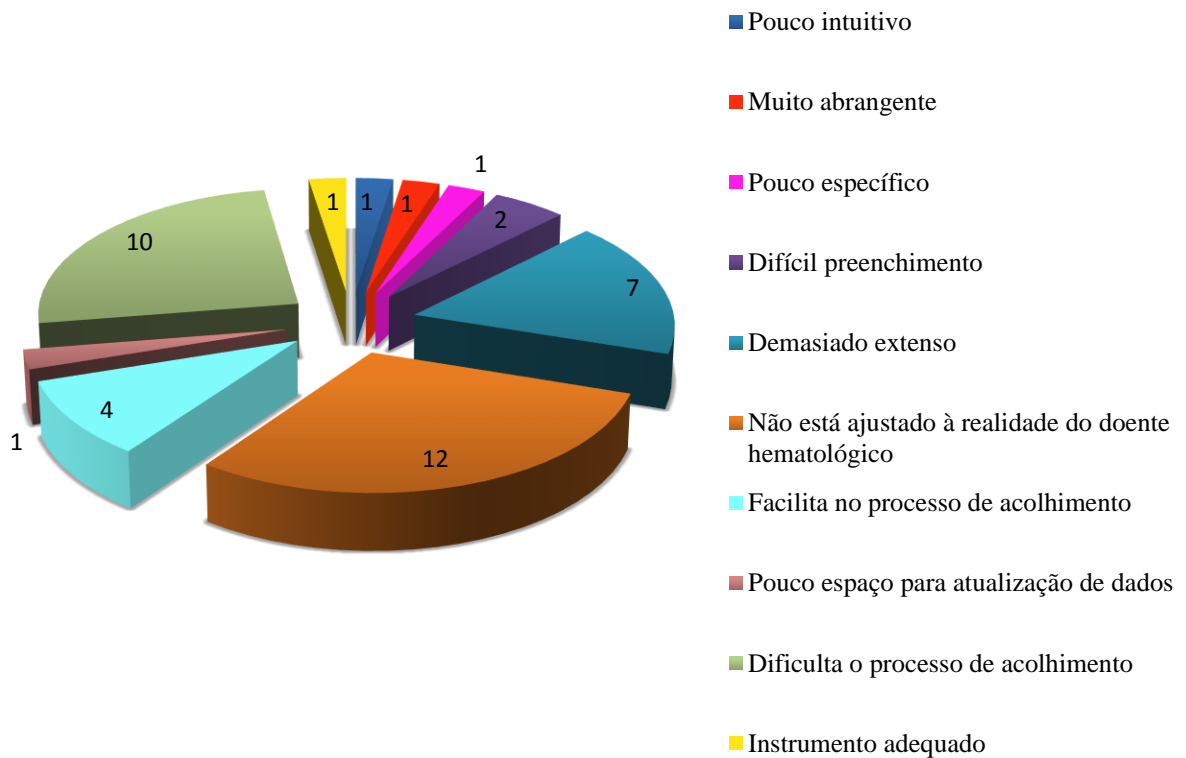


Gráfico 4 – Apreciação do instrumento de colheita de dados que atualmente é utilizado no serviço de hematologia

Sugestões dos enfermeiros relativamente às estratégias para melhorar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família

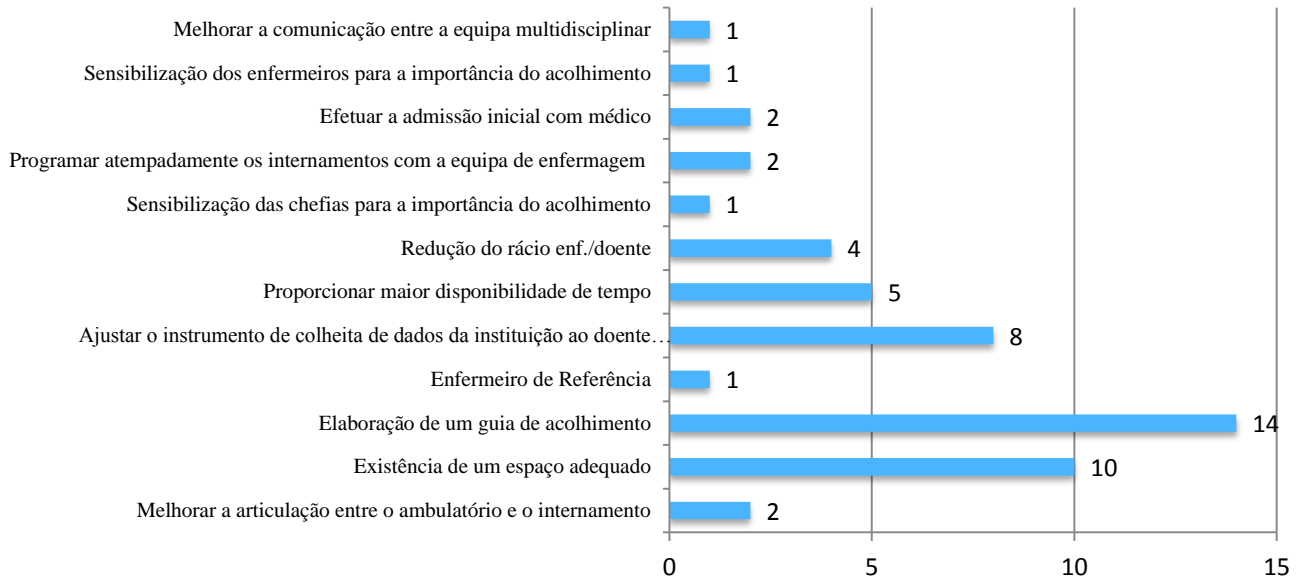


Gráfico 5 – Sugestões dos enfermeiros relativamente às estratégias para melhorar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família

APÊNDICE Nº 7 – REFLEXÃO CRÍTICA Nº 2



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

REFLEXÃO CRÍTICA n° 2

Realizada no âmbito do Ensino Clínico num Serviço de Hematologia

Aluna: Ângela Gonçalves, n° 4717

Docente: Sr.ª Prof.ª Antónia Espadinha

Lisboa, Fevereiro 2014

1. INTRODUÇÃO

A experiência de uma doença oncológica é encarada quase sempre de uma forma negativa pelas pessoas que a vivenciam, visto ser associada à dor e ao sofrimento, a um período de vida controlado por estranhos, à angústia, à confrontação com seus medos e à separação dos seus entes queridos. Como refere Domingues (1997, p. 321) *“a doença, sobretudo certo tipo de doenças irreversíveis, relembram-nos a vulnerabilidade da vida humana, a violência do real sofrimento físico, psíquico e do imaginário. É que todo o nosso mundo simbólico é projetado e posto em questão”*. O medo da doença intensifica-se quando o doente precisa de ser hospitalizado, uma vez que a hospitalização é muitas vezes sentida como um choque num ambiente estranho, em que se destroem todos os projetos futuros, existe uma ruptura com o seu meio social e familiar e há uma perda da sua identidade própria (Vitória, 2001).

Perante esta realidade o momento do acolhimento tem uma importância fundamental na condução de todo o processo de evolução da doença e na forma como o doente percebe a própria doença e tratamento. Daí, o enfermeiro ser um elemento fundamental em todo este processo, uma vez que é o elemento da equipa que mais tempo passa junto destes o lhe confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008). A comunicação é assim parte integrante e essencial do processo de acolhimento e ocupa um lugar primordial no estabelecimento de uma relação empática com o doente.

O acolhimento é considerado um cuidado de enfermagem que reside na individualização dos cuidados, na especificidade e equidade espelhadas na capacidade do enfermeiro conhecer a pessoa de quem cuida, usando o seu papel privilegiado de interação recíproca com a pessoa doente, em que afeta e se deixa afetar, em que utilizando as capacidades da pessoa doente as potencia e permite que esta adote uma posição ativa no seu processo de saúde.

Com a presente reflexão pretendo narrar uma experiência marcante, repleta de inquietações, questionamento, onde emergiram sentimentos, que se impuseram pela incerteza de estar a fazer o melhor. Trata-se de uma interação com uma doente que tinha acabado de receber o diagnóstico de uma Leucemia Aguda e iria ser internada para realização de quimioterapia pela primeira vez. Como nos refere Vitória (2001, p.15) *“o primeiro contato do doente e família com o enfermeiro que os acolhe, é na maioria das vezes determinante para a relação enfermeiro/ doente no futuro”*.

2. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A reflexão surge quando a Maria (nome fictício), uma rapariga de 32 anos, tem que ser internada pela primeira vez e eu tenho que realizar o seu acolhimento inicial. No dia em que foi encaminhada para um hospital especializado em oncologia realizou medulograma, pelo que foi confirmado LMA – M4 (mau prognóstico). Antes da confirmação final do diagnóstico, a Maria já sabia que suspeitavam de uma LMA (Leucémia Mielóide Aguda), informação dada pelo seu médico.

A Maria estava sozinha na sala de espera, sem nenhum familiar a acompanhá-la. Quando me aproximei dela notei que se encontrava muito assustada e preocupada. Como nos refere Vitória (2001) o doente oncológico vive perante uma angustia, pelo medo do sofrimento, da dor, das perdas dos seus papéis, e da sua própria morte. Numa primeira abordagem apresentei-me e optei por fazer uma apresentação do serviço. Seguidamente levei-a até ao quarto onde iria ficar e perguntei-lhe se seria o momento oportuno para conversar um pouco com ela, pelo que a Maria respondeu-me logo que sim. Sentei-me junto dela e com um olhar muito triste começa a contar a sua história de vida, as suas angustias e aquilo que mais a preocupava. Encontrava-se desempregada há cerca de 6 meses, vivendo do subsídio de desemprego, era licenciada em Comunicação Social, mas nunca trabalhou nesta área. Foi abandonada pelos pais, pelo que quem a educou foi a sua tia de 73 anos, com quem atualmente vive. Foi-lhe diagnosticado há 3 anos uma depressão, pelo que continua a ser medicada com Bromazepam (sic). Referiu que se encontra muito preocupada com a tia por esta se encontrar sozinha e ela ser o seu único apoio afetivo. Segue-se um momento de silêncio. Questionei-lhe se tinha mais familiares a quem pudesse pedir apoio, pelo que me respondeu que tinha um tio que também lhe era próximo e que apesar da sua tia se mostrar muito renitente em pedir ajuda, teria que conversar com a tia para o fazer. Falou-me também da relação distante que tem com os pais, sendo que já não vê o pai há 2 anos, bem como o irmão e a mãe encontra-se a residir em Itália (contactando com ela apenas por telefone). À medida que ia conversando com a Maria apercebi-me que tinha uma série de dúvidas e questões que tinham que ser esclarecidas relativamente à sua doença e tratamento. Referiu-me que esteve a pesquisar na internet e que ficou extremamente preocupada com a informação que leu. Acalmei-a e expliquei-lhe que muita da informação que se encontra disponível na internet não é verdadeira, pelo que a maior parte não são validadas pelos profissionais de saúde. A procura de informação por parte das

peessoas com doença oncológica é considerado um fator relevante no que diz respeito à forma como estas lidam com o impacto do diagnóstico/tratamento, pois reduz as incertezas e favorece a participação nas tomadas de decisão, contribuindo desta forma para a aquisição de controlo sobre a situação (Pereira, 2008). Tem-se verificado nos últimos anos um aumento crescente dos portugueses na utilização da internet para questões de saúde ou doença. Um estudo realizado em Portugal em 2007, por Santana e Pereira, mostrou que 30% dos Portugueses já utilizaram a Internet para procurar informação relacionada com a saúde. Contudo nesta situação específica, a informação obtida na internet desencadeou na Maria apenas ansiedades, medos e preocupações. À medida que íamos conversando, as lágrimas começaram a escorrer pela cara da Maria e é quando ela me questiona: “não vou morrer, pois não Enf^a. A.?, “diga-me que não!”. A minha reação foi responder que estávamos todos empenhados no seu tratamento, que não iria ser um percurso fácil, iria ser prolongado, com necessidade de múltiplos internamentos, mas que o objetivo de toda equipa era a sua cura. Apesar do número crescente de campanhas de informação, o diagnóstico de cancro encerra uma conotação muito pesada com o sofrimento e com a morte. O cancro continua a ser entendido como um doença sem cura, que atenta contra a integridade física e psicológica do ser humano. A pessoa com doença oncológica vive perante uma angústia, pelo medo do sofrimento, da dor, das perdas de papéis, a mutilação ou amputação de uma parte do corpo e mesmo da morte (Espadinha & Santos, 2012).

Senti de imediato empatia por esta mulher, talvez por ser praticamente da minha idade, com uma experiência de vida complicada, vivendo esta doença praticamente sozinha, tendo apenas como único apoio a tia e alguns amigos de infância. Foi uma relação prolongada no tempo visto ter acompanhado a doente na sua primeira semana de internamento no serviço.

3. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Para mim foi bastante difícil deparar-me com esta situação, visto ser uma doente jovem com uma história de vida complicada (abandono pelos pais, educada pela tia, situação de desemprego recorrente) que, tal como tantos outros, não merecia passar por uma situação de doença tão grave. O desconforto esteve também relacionado com o facto de a doente não ter tido oportunidade para conversar com a sua médica antes de entrar no serviço, o que me levou a ser a primeira pessoa a quem a Maria expôs os seus medos, dúvidas e angústias. Apesar do

meu receio inicial, sinto que foi uma situação em que ganhei a confiança da doente, especialmente pela minha postura de disponibilidade e pelo meu interesse em escutar as suas preocupações e no esclarecimento das suas dúvidas. De acordo com Martins (2008, p. 154) *“o enfermeiro deve ir para além do «faça essa pergunta ao médico» e substituí-la pela explicação que o doente solicitou, se se sentir preparado para a fornecer, ou então por um «vou falar com o médico e voltarei aqui para lhe dar as explicações que precisa»*”. Neste sentido Benner (2001) acrescenta que os doentes devem e querem saber o que lhes fazem, a interpretação e explicação dos tratamentos de forma a que se tornem papéis chave nos cuidados de enfermagem. A mesma autora diz ainda que *“a enfermeira deve avaliar até que ponto o doente precisa de informações e quer ser informado (...) ela deve também admitir os limites da sua própria compreensão”* (Benner, 2001, p. 111).

Outra situação que desencadeou em mim alguma aflição e ao mesmo tempo a necessidade de a proteger foi o fato de esta se encontrar sozinha neste momento tão delicado. Quando a pessoa adoece, emerge a incerteza face à possibilidade de cura, ao risco de vida e ao tempo e meios necessários para o tratamento. Esta é considerada por muitas das pessoas doentes uma das fases mais difíceis, em que se vivem níveis de ansiedade e preocupação elevados relativamente à gravidade da doença (Pereira, 2008). Acredito que a minha experiência e intuição foram relevantes, tendo feito uso da minha experiência em situações anteriores para perceber os medos e angústias da doente. O facto de na sala estarem outras doentes com o problema de saúde semelhante também foi muito importante para apaziguar a doente.

De acordo com Dias (1997, p.99), a *“adaptação do doente oncológico à sua doença parece ser fortemente influenciado pelo apoio psicossocial que recebe”*. Desta forma, é fundamental não esquecer a importância de uma comunicação eficaz: *“dar informação às pessoas será benéfico do ponto de vista do seu ajustamento psicossocial e obviamente relevante em termos da qualidade global da prestação de cuidados de saúde”* (Dias, 1994, p.6).

4. AVALIAÇÃO

A relação de confiança que consegui estabelecer com a Maria foi realmente facilitador, de modo a planear intervenções de enfermagem direcionadas às suas necessidades de cuidados. Nesta situação específica a escolha das intervenções teve como base as necessidades de informação da doente relativamente à sua doença, tratamento e perspetivas futuras. Daí

determinei como intervenções a transmissão da informação e esclarecimento de dúvidas, adoptando uma postura de disponibilidade, através de uma escuta ativa e da utilização do toque terapêutico. Na opinião de Silva (1995) citado por Vitória (2001, p. 16) “... *O medo que o doente sente no hospital para além de estar ligado à perda da integridade física, sofrimento e morte, está também ligado ao medo do desconhecido e à falta de informação*”. Sendo assim, dar essa informação de acordo com as necessidades do doente, contribui para minimizar esse medo e aumentar a confiança.

Os aspetos negativos e inibidores foram o facto de ter sido interrompida diversas vezes durante a interação com a doente, uma vez que naquele dia o serviço encontrava-se complicado, que deveria ter sido evitado. Outro aspeto negativo está relacionado com a falta de privacidade, uma vez que a conversa decorreu numa enfermaria com mais três doentes em que a privacidade era promovida apenas pelas cortinas e pelo tom baixo em que a conversa decorria, pelo que seria importante ter um espaço físico próprio para estes contactos. De acordo com Henriques (1984) citado por Moreira, Castanheira e Reis (2003, p. 32) “(...) o acolhimento deve ser feito num ambiente acolhedor, tranquilo, respeitando a privacidade, pois só assim será possível criar condições que permitam a expressão de sentimentos.

Considero ainda que o contato com a doente poderia ter sido feito em simultâneo pelo médico e pela enfermeira, o que facilitaria a congruência das intervenções de enfermagem futuras, permitindo a transmissão da informação entre pares, na tentativa de garantir a continuidade dos cuidados prestados. Segundo a OMS (2004), alcançar um entendimento comum é crucial para o sucesso do trabalho em equipa. Para se atingir esta compreensão, deve existir uma comunicação efetiva, onde as mensagens são transmitidas pela partilha de uma linguagem comum a todos os elementos.

5. ANÁLISE

Um dos aspectos a considerar no acolhimento é o que se refere à informação dada aos doentes oncológicos e sua família. Como refere Batiste (1996) citado por Vitória (2001, p. 16) “... o objetivo da informação não é somente que o doente saiba, que tem um cancro, mas também que disponha de elementos de informação que lhe permitam ter consciência do seu estado, e exercer o máximo grau de autonomia...”.

De acordo com um estudo realizado por Moret *et al.* (2008) o processo de informar a pessoa doente diverge na opinião entre médicos e enfermeiros. Os enfermeiros consideram que informar a pessoa doente é um aspeto fundamental nos cuidados de enfermagem, não apenas no que se refere às informações relativas às suas intervenções autónomas e interdependentes, mas também complementando as informações transmitidas pelos médicos e preenchendo as lacunas existentes (Martins,2008).

Como refere Osswald (2000), a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa doente tende a ser de maior proximidade. A origem desta proximidade está relacionada com o facto de os enfermeiros permanecerem 24 horas junto da pessoa doente, de entrarem muitas vezes na sua intimidade, o que lhes confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008). Sendo assim, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação e para perceber se a pessoa doente entendeu o verdadeiro significado da mensagem, dando-lhe as explicações necessárias. O mesmo autor (2008) refere ainda que, para que este diálogo aconteça, exige da parte do enfermeiro, empatia, disponibilidade, conhecimentos de psicologia e respeito pela dignidade e convicções da pessoa doente. É fundamental que nos profissionais de saúde exista a capacidade de mobilizar os recursos intrínsecos existentes adaptando às necessidades e à especificidade de cada situação, ou seja, uma prática em que a finalidade se encontre na pessoa a cuidar. Esta deixa de ser como nos diz Collière (2000, p. 151) “...*objeto portador da doença x, y, z mas constitui, realmente, a finalidade dos cuidados que não adquirem sentido senão a partir dele, daquilo que é, do que representa no seio do seu ambiente social.*”

Em Portugal a necessidade de informação ao doente e à família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e está, nomeadamente, consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) e nos Códigos Deontológicos dos profissionais de saúde.

Nesta situação específica percebi que a Maria detinha de uma série de informações que foram colhidas na internet e que lhe estavam a provocar uma grande ansiedade e angústia. Para tal adotei uma postura de disponibilidade e de empatia, e implementei intervenções como a escuta ativa e o toque terapêutico. Como nos refere Vitória (2001, p. 18) “*para que a prática de enfermagem vá de encontro às necessidades do doente na sua totalidade, tem de ser baseada numa relação de ajuda que impõe o saber escutar*”. Neste sentido Collière (2003) fala num “poder libertador” dos cuidados de enfermagem que segundo a autora são cuidados

“que aumentam o poder de existir, o poder de se realizar”, isto é, os cuidados são “libertadores”, sempre que se confere ou aumenta um poder de autonomia capaz de assegurar resposta às suas próprias necessidades.

Implementei medidas para fornecer segurança e informação, promovendo a esperança, escutando e planeando realisticamente a recuperação e que promovessem o alívio da ansiedade. Neste sentido considero ter adquirido as competências preconizadas por Benner (2001) nomeadamente de função de ajuda, de educação e de guia. Nesta interação de cuidados ajudei a Maria a interiorizar as implicações da doença, procurei compreender a forma como esta interpretava e vivenciava a sua doença, considerando a representação que tinha da mesma. Outro aspeto importante que evidencio diz respeito à utilização de uma terminologia acessível, atendendo ao volume de conhecimentos comunicados e aos limites da capacidade de compreensão da Maria.

O facto de, tal como referi ter estado uma semana seguida com a doente, permitiu-me estar presente e estabelecer uma relação próxima e de confiança com a Maria. Henriques (1984) citado por Vitória (2001, p.17) considera que devem existir alguns aspectos fundamentais no estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda: “Individualizar: reconhecer e compreender o carácter único de cada um, e utilizar princípios e métodos diferentes para o ajudar numa melhor adaptação; Favorecer a expressão de sentimentos: o enfermeiro deve mostrar-se acolhedor, pondo o interlocutor à vontade, demonstrando disponibilidade e calma, permanecendo apto a ouvir, não interrompendo o discurso ou dando soluções; Aceitar o outro tal como ele é, e não como desejaríamos vê-lo; Respeitar a autonomia, respeitar o direito do indivíduo e estabelecer livremente as suas próprias escolhas e decisões”. A relação interpessoal enfermeiro/pessoa doente/família é determinante para a qualidade dos cuidados, podendo ter um fim terapêutico, ajudando o doente a ultrapassar as dificuldades, os medos, as angústias e as incertezas. Como refere Collière (2000, p. 152), é esta relação “(...) que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”.

O cancro continua a estar associado à existência de estereótipos (“não vou morrer, pois não Enf^a. A.?, “diga-me que não!”) que, em formas de medos e fantasias, influenciam determinadas atitudes e comprometer as ações informativas. O acolhimento torna-se assim

num momento onde é possível diminuir esse sofrimento e ansiedade, ao desmistificar esses mitos, através da verdade.

De acordo com Pereira (2008) a intervenção dos profissionais de saúde passa pelas seguintes fases: prestar informação, dar apoio emocional e fornecer opções. Nesta situação específica, foi importante numa abordagem inicial com a Maria colher dados acerca da sua situação familiar e de perceber qual a percepção que esta tinha da doença e do diagnóstico, visto a doente referir muitas vezes que tinha lido que... É importante que o enfermeiro conheça o grau de informação do doente e família, para que transmita informação de forma adequada. A informação contribui para a noção de controlo da situação e conseqüentemente para a diminuição da ansiedade. A informação ocupa assim um lugar essencial na relação entre o profissional de saúde e a pessoa doente. A informação à pessoa doente, pode ter um profundo impacto no seu bem – estar físico e psicológico, facilita deste modo a adaptação à doença e ao tratamento, promove a relação com a equipa de saúde e a tomada de decisões, contribui para a melhoria da qualidade de vida e deve ser adaptada às necessidades individuais de cada pessoa (Degner *et al.*, 1997). *“A informação é uma atitude ética para com o doente e ao mesmo tempo uma mensagem de confiança.”* (Almeida e Silva, 2004, p. 20).

6. CONCLUSÃO

A experiência de uma doença oncológica é encarada quase sempre de uma forma negativa pelas pessoas que a vivenciam, visto ser associada à dor e ao sofrimento, a um período de vida controlado por estranhos, à angústia, à confrontação com seus medos e à separação dos seus entes queridos. Como refere Domingues (1997, p. 321) *“a doença, sobretudo certo tipo de doenças irreversíveis, relembram-nos a vulnerabilidade da vida humana, a violência do real sofrimento físico, psíquico e do imaginário. É que todo o nosso mundo simbólico é projetado e posto em questão”*. A pessoa doente ao confrontar-se com uma doença oncológica, deixa a pessoa doente numa situação de grande vulnerabilidade e como tal, reduzir a sua capacidade para se autodeterminar.

Perante esta realidade com que nos confrontamos diariamente é fundamental não esquecermos que para o cuidado de enfermagem à pessoa com doença oncológica ter sentido e ser eficaz, é importante que os enfermeiros estejam conscientes do impacto que o diagnóstico e o tratamento do cancro têm na sua vida.

A especificidade da disciplina de enfermagem reside na individualização dos cuidados, na especificidade e equidade espelhadas na capacidade do enfermeiro conhecer a pessoa de quem cuida, usando o seu papel privilegiado de interação recíproca com a pessoa doente, em que afeta e se deixa afetar, em que utilizando as capacidades da pessoa doente as potencia e permite que esta adote uma posição ativa no seu processo de saúde.

Ao longo dos meus quase 9 anos de exercício profissional em enfermagem oncológica, a minha maior preocupação tem sido a de estabelecer uma relação terapêutica eficaz, tendo em conta a unicidade de cada pessoa, no sentido de ajudar a adaptar-se à sua condição de doença e às limitações que esta impõe, bem como, desenvolver uma relação de confiança, de disponibilidade e de solidariedade com a sua vulnerabilidade e sofrimento.

Cuidar em oncologia revela-se assim um desafio para os profissionais de saúde que acompanham a pessoa em situação de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que atendem a família, fazendo com que esta participe nos cuidados, informando-a e apoiando-a, promovendo deste modo o respeito pela sua autonomia e dignidade humana. De fato, como afirma Collière (2000, p. 269), *“cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional”*. Esta abordagem requer da parte dos profissionais de saúde uma maior implicação pessoal, uma melhor preparação técnica e aquisição de conhecimentos, de habilidades e competências pessoais e profissionais que a complexidade do cuidar em oncologia exige pela vulnerabilidade e autonomia da pessoa/família (Mompert Garcia, 1998 citado por Sapeta & Lopes, 2007).

O enfermeiro no seu quotidiano deve estar preparado para as múltiplas situações com que se pode deparar, uma vez que não existem doentes iguais e cada pessoa vive o seu processo da doença de diversas formas, influenciado pelas suas experiências de vida, pela sua cultura, pela sua personalidade e concepções espirituais (Vitória, 2001). Sendo assim, o enfermeiro deve tomar contato com as suas emoções, sentimentos e apropriar-se de saber teórico e prático. Só assim, se poderá capacitar para oferecer intervenções que visem o desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação terapêutica, aumentando assim, o sentimento de segurança por parte do doente e desta forma contribuir para que o doente manifeste as suas emoções e preocupações.

Desta forma concluo, que o facto de refletir sobre a interação vivenciada, me leva a tomar contato com os meus sentimentos e emoções, com o que fiz e com aquilo que poderia ter feito, sobressaindo: a importância de ter demonstrado disponibilidade e interesse para o

esclarecimento de dúvidas e para com a sua situação; o facto de ter tido a oportunidade de acompanhar a doente durante uma semana possibilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica, favorecendo assim a criação de laços de confiança; a questão que colocou, em que a doente manifesta medo, desespero e angústia relativamente ao medo da morte e as suas incertezas quanto ao seu futuro. Na altura lembro-me de ter ficado um pouco desconfortável. Aspeto que pode vir a ser melhorado no futuro, o que me leva a pensar que devo preparar melhor a entrevista, devolvendo à doente maior segurança em situações futuras, bem como, recorrer com maior perícia a perguntas abertas de forma a que a doente verbalize as suas preocupações, receios e emoções subjacentes.

7. PLANEAMENTO DA ACÇÃO

A presente reflexão resulta de uma experiência enriquecedora, que me vai permitir aprimorar cuidados de enfermagem e melhorar as intervenções de enfermagem de forma a responder de forma eficaz às necessidades de informação da pessoa doente (desmistificação de uma série de ideias pré-concebidas sobre a doença oncológica, esclarecimento de dúvidas) pelo que, em ações futuras devo dar especial relevância aos seguintes aspectos:

- Estabelecer uma relação empática com o doente e família, permitindo abrir caminho a uma relação terapêutica;
- Deve existir uma “congruência informativa”, ou seja, a equipa de saúde deve procurar que a informação que é disponibilizada à pessoa doente/ família bem como a sua atuação seja congruente. Segundo Pereira (2008), informações díspares, provocam sentimentos de inquietude, confusão e falta de confiança na equipa de saúde.
- Durante o acolhimento, deve ser garantido a privacidade e a ausência de interferências e de ruído na comunicação entre quem transmite e recebe a informação. Como nos refere Gomes (1996) citado por Vitória (2001, p. 18) deverão ser estabelecidos determinados procedimentos durante o acolhimento, que passam por: “Medidas ambientais, tais como o evitar ruídos aquando da entrada do doente; deixar ficar junto do doente as pessoas significativas para este; Medidas organizacionais, que devem basear-se num constante bem estar, comodidade, descanso e tranquilidade; Medidas de suporte emocional, da comunicação com doente, mostrando-lhe disponibilidade, respeito, empatia e confiança.”

- Identificar a percepção do doente face á sua situação de saúde;
- Responder com empatia às emoções do doente utilizando a escuta, permitir a expressão de sentimentos e angústias, oferecendo compreensão, permitindo a diminuição do estado de ansiedade em que o doente se encontra;
- Dar espaço e tempo à pessoa doente e família para colocação de todas as questões consideradas necessárias.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, A. M. S. & Silva, I. M. R. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*, 193, 20-21
2. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
3. Collière, M-F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
4. Collière, M-F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
5. Degner, L.F., Kristjanson, L.J., & Bowman, D. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*, 277 (18), 1485-92.
6. Dias, M.R. (1994, abril). A desmistificação da bata branca na pessoa do doente. *Divulgação*, 30, 4-8.
7. Dias, M.R. (1997). *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
8. Domingues, F.B. (1997). Efeitos da doença na vida da pessoa. *Arquivos de Medicina*, 11 (5), 321-322.
9. Espadinha, A.M. & Santos, V.A. (2012). Conceito psicológico e transcultural do cancro como doença. *Revista Envelhecimento e Inovação*, 1(5). Acedido a 30-05-2013. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com>.
10. Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-05-2013. Disponível em repositorio-aberto.up.pt.
11. Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o

- que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
12. Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P., & Gasquet, I. (2008, January). Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 70 (1), 94-101.
 13. Organização Mundial de Saúde. (2004). Acedido a 04-03-2011. Disponível em www.afro.who.int.
 14. Osswald, W. (2000, Agosto). A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de Bioética, Ano XI* (23), 41-45.
 15. Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
 16. Santana, S. & Pereira, A.S. (2007). Da utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal: possíveis repercussões na relação médico-doente? *Acta Médica Portuguesa*, 20, 47-57. Acedido 15-06-2013. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com>.
 17. Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referência*, 4, 35-60. Acedido a 28-05-2013. Disponível em <http://www.ul.pt>.
 18. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.

APÊNDICE Nº 8 – REFLEXÃO CRÍTICA Nº3



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

REFLEXÃO CRÍTICA n.º 3

Realizada no âmbito do Ensino Clínico num Serviço de Onco-
Hematologia de um Hospital Especializado em Oncologia

Aluna: Ângela Gonçalves, n.º 4717

Docente: Sr.ª Prof.ª Antónia Espadinha

Lisboa, Abril 2014

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem, tal como nós a conhecemos, é a arte do cuidar, tendo como *“ideal moral o cuidado ao Ser Humano”* (Watson, 2002) numa visão holística, pois, além de atender à cura, quando é possível, atende a pessoa na sua globalidade, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar. Este cuidar holístico tem como princípios básicos o respeito pela dignidade, pelos valores, liberdade e individualidade de cada Ser Humano.

Gameiro (2003) defende que o cuidar constitui a essência no campo da competência específica da enfermagem e que ninguém exerce enfermagem, nem como arte, nem como ciência, sem comunicar eficientemente. Segundo Riley (2004) a comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Neste sentido, a comunicação em enfermagem deve merecer a reflexão dos profissionais de enfermagem, com o intuito de se obter melhores níveis de satisfação dos intervenientes durante o processo de acolhimento.

Como refere Santos e Fernandes (2004, p. 60), *“a reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que faz com a pessoa mantenha em aberto a possibilidade de mudar quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais”*.

Segundo Johns (2009), uma reflexão sobre uma situação ou experiência ocorre sempre que há reflexão após o evento, com a intenção de aumentar conhecimentos de modo a influenciar a prática futura de forma positiva. Nesta linha de pensamento, pretendo realizar uma reflexão sobre uma situação vivenciada por mim aquando o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica, dando ênfase aos primeiros dias do internamento e ao momento da comunicação do diagnóstico, com o intuito de melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem no futuro, promovendo um aumento da qualidade dos mesmos.

Desta forma irei sistematizar o processo narrativo da reflexão em 6 etapas, segundo o Ciclo de Gibbs: descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação colocando algumas questões que emergiram nesta experiência.

2. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A presente reflexão surge quando a enfermeira chefe do serviço onde eu estava a estagiar (início da segunda semana de estágio), me questionou se gostaria de ser eu a realizar o acolhimento à senhora que chegaria durante a tarde para ser internada pela primeira vez. Por um lado fiquei um pouco receosa por me encontrar num ambiente estranho, que não era o meu, mas por outro lado fiquei entusiasmada por a equipa depositar em mim a confiança para realizar o acolhimento desta família. A senhora C. vinha de uma cidade do norte do país e chegou ao serviço por volta das 19h sem nenhum familiar a acompanhá-la. Tratava-se de uma mulher de 46 anos, doméstica e a viver atualmente com o marido, o Sr. J. Têm 1 filha que estuda atualmente no Porto, no 1º ano de Engenharia Química.

Doente sempre saudável, até Novembro de 2013, altura em que iniciou um quadro de cansaço, tendo recorrido ao Médico de Família, onde realizou análises tendo revelado uma leucopenia ligeira. Continuou a realizar hemograma de rotina mensalmente, que não revelou alterações significativas de agravamento. Em Janeiro de 2014 repetiu análises e verificou-se pancitopénia grave, tendo sido encaminhada para o Hospital da área de residência, onde repete análises e realiza mielograma. Após o conhecimento dos resultados é encaminhada para o serviço de hematologia de um hospital especializado da região do Porto por suspeita de LMA (Leucemia Mieloide Aguda).

Seguidamente irei descrever a interação que estabeleci com a doente e família nos primeiros dias do seu internamento e o momento da comunicação do diagnóstico.

Quando a Sra. C. chegou aproximei-me dela onde me apresentei, disse quem era e onde trabalhava. A Sra. C. olhou para mim e esboçou um pequeno sorriso. Perguntei-lhe como se sentia, ao qual a doente me respondeu que se sentia muito cansada e queria descansar. Compreendi que a aquele momento não era o mais oportuno para a conhecer melhor. Não quis impor a minha presença, pelo que lhe disse que amanhã voltaria para a ver e se sentisse melhor falaria um pouco com ela. No dia seguinte, pedi à enfermeira chefe para acompanhar a Sra. C. durante o resto da semana que iria estagiar naquele serviço e expliquei-lhe que a senhora se encontrava muito ansiosa e angustiada e não estava a conseguir exprimir aquilo que sentia e a preocupava. No seu segundo dia de internamento fui novamente tentar falar com a Sra. C. e perguntei-lhe se poderia conversar um pouco com ela e que o objetivo da minha presença era conhecê-la um pouco melhor de forma a que a sua estadia fosse o mais

individualizada possível. Comecei por perceber se a doente sabia o motivo por que teria que ficar internada, pelo que esta me afirmou que no outro hospital de onde veio apenas lhe disseram que estava muito doente e que precisava de ser tratada rapidamente. As lágrimas começaram a escorrer-lhe pela cara... Respeitei o seu choro e durante esse momento utilizei o toque como forma de esta se sentir segura, apoiada e compreendida. Fez-se silêncio, olhei-a nos olhos e verbalizei que estávamos ali para a ajudar. Falou-me da sua preocupação com o marido, que se encontrava sozinho e que sempre foi muito dependente dela. Falou-me ainda da filha que está a estudar sozinha no Porto e que é muito nova para passar por um sofrimento destes. *“Eu é que lhes devia dar apoio e agora não consigo ajudar ninguém”*, dizia-me ela com um olhar triste e angustiado. Neste momento entra no quarto a filha e o médico. Permaneci no quarto enquanto o médico, pausadamente, conversou com a filha e com a doente comunicando-lhe a gravidade do diagnóstico e a importância de iniciar rapidamente tratamento. Terminou dizendo que se encontrava disponível para responder a todas as questões que lhes surgissem e que poderiam chamá-lo sempre que fosse necessário. Entretanto o médico saiu e eu permaneci junto da filha e da Sra. C. A filha abraçou-a, dizendo-lhe *“Mãe, sempre foste uma lutadora, por isso eu sei que vais ultrapassar!”*. Ambas tinham um olhar cabisbaixo e as lágrimas começaram a escorrer pelo rosto da Sra. C. quando a doente me diz: *“Enf. A. eu vou ficar bem, não vou?”*. Olhei-a nos olhos bem como à sua filha e disse-lhe que que era uma mulher jovem e que sabia que se tratava de um momento difícil, longo e doloroso reforçando que a equipa tudo faria para a acompanhar e ajudar a ultrapassar esta fase complicada da sua vida.

Naquele momento senti que deveria dar espaço às duas, um pouco depois levantei-me e dirigindo-me para a porta disse que as deixava sozinhas mas que poderiam chamar-me caso necessitam de mim.

No dia seguinte, fui ter com a Sra. C. e perguntei-lhe como se sentia. Responde-me de imediato que se sente mais optimista e que vai *“lutar com todas as suas forças para ficar boa”*. Disse-me ainda que o médico já esteve a falar com ela e que hoje iria começar o primeiro tratamento com quimioterapia, mas primeiro tinha que colocar um CVC (cateter venoso central). Disse-me ainda que ficou com algumas dúvidas e que ficou à minha espera para que eu as pudesse esclarecer. Questionou-me de como seria a colocação do cateter, se iria ser dolorosa e ainda o que iria sentir com a quimioterapia e se iria ter muitos efeitos secundários. Sentei-me junto dela e expliquei-lhe alguns efeitos que poderia vir a sentir, mas

que não ficasse preocupada porque tínhamos medicação que iria ajudar a atenuar esses efeitos. Senti que após a conversa a doente ficou mais calma e tranquila.

3. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Inicialmente, quando a chefe me questionou se queria ser eu a realizar o acolhimento inicial àquela doente/ família, fiquei insegura e receosa pelo fato de ser “estagiária” e de ser a minha segunda semana de estágio. Pensei de imediato, se seria capaz de ajudar aquela pessoa/família? Se não seria demasiado cedo para o fazer sozinha? Se o facto de ser “estagiária” iria ser uma barreira no estabelecimento de uma relação de confiança? Será que eu estaria a altura de o fazer sozinha? E se a Sra. C/família me fizessem alguma questão que eu não conseguisse responder? Mas ao mesmo tempo fiquei contente por poder acompanhar a Sra. C e a sua família nesta fase inicial da sua doença/internamento e por poder colocar em prática tudo o que já tinha apreendido e reflectido até aquele momento.

Ao longo da semana ao aproximar-me dia após dia da Sra. C. as incertezas e os receios foram-se dissipando, podendo concluir que através de uma atitude empática consegui que a doente se sentisse apoiada e compreendida em todo este processo de aceitação da doença.

A compaixão foi igualmente um sentimento experimentado, pelo estado de debilidade em que se encontrava, pelo seu sofrimento evidente, por ter sido sempre uma mulher independente, enfim pela incerteza de toda a situação.

Penso que durante a minha prestação de cuidados tentei sempre demonstrar disponibilidade, respeito e empatia para com a Sra. C. e sua filha, o que facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança. Fiquei sensibilizada pela doente ter ficado à minha espera para que eu esclarecesse as suas dúvidas, o que demonstrou que a utilização de uma comunicação terapêutica constituiu um veículo essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda.

4. AVALIAÇÃO

O enfermeiro avalia a interação através dos resultados obtidos após as intervenções realizadas. Na situação descrita, consigo identificar fatores facilitadores e inibidores da mesma.

Os fatores facilitadores e que contribuíram para os resultados foram a experiência profissional, bem como o facto de estar a desenvolver o projeto na área do “*Acolhimento da*

Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família”, o que me tem permitido desenvolver competências na área da comunicação e relação de ajuda. Esta situação reforça a minha consciência e a minha confiança de que tenho vindo a adquirir ao longo do meu percurso em enfermagem (Benner, 2001), ferramentas que me permitem uma maior atenção e capacidade de intervir eficazmente em situações semelhantes que venham a ocorrer no futuro. Benner (2001) evidencia que o enfermeiro perito tem uma grande capacidade de adaptação, pelo que, utilizam e adequam experiências concretas do seu passado profissional em situações idênticas atuais. A mesma autora acrescenta que, cada vez mais é admitido que a proximidade global do enfermeiro, permite ter em conta os efeitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura.

Considero também como factor facilitador o fato de ter permanecido no quarto enquanto o médico comunicava o diagnóstico e as suas implicações futuras, o que permitiu eu ter conhecimento da forma como foi transmitida a informação e que informação foi transmitida, o que facilitou a congruência de intervenções de enfermagem futuras. Segundo a OMS (2004), alcançar um entendimento comum é crucial para o sucesso do trabalho em equipa. Para se atingir esta compreensão, deve existir uma comunicação efetiva, onde as mensagens são transmitidas pela partilha de uma linguagem comum a todos os elementos.

Os aspectos negativos e inibidores podem estar relacionados com o fato de ser “estagiária” e não pretencer àquele serviço, o que pode ter condicionado a postura pouco receptiva da Sra. C. no seu primeiro dia de internamento, constituindo assim uma barreira inicial ao estabelecimento de uma relação de confiança.

5. ANÁLISE

O cancro, independentemente da sua etiologia, é reconhecido como uma doença crónica e degenerativa cujo diagnóstico acarreta para o doente um vasto leque de consequências psicológicas, uma vez que continua a ser fortemente associado a sentimentos de desesperança, medo, dor e, inevitavelmente, morte (Bittencourt et. al., 2008).

Groenwal *et al.* (1997, p. 339) identificou alguns dos aspetos centrais que conferem à doença oncológica particularidades únicas. Segunda esta, “ *a ameaça ou diagnóstico de cancro pode ser caracterizada do seguinte modo: 1. O seu significado para o indivíduo é único; 2. A doença e o tratamento são marcados pela incerteza; 3. O cancro é uma doença crónica; 4. O*

cancro tem como consequência a alteração de identidade; 5. O cancro afeta todo o sistema social do indivíduo envolvido.”

Um estudo realizado sobre as reações da pessoa doente imediatamente após a transmissão do diagnóstico, revelou que a ansiedade foi a reação predominante (70%), seguida de sentimentos de medo (37%), de tristeza (19%) e de agressividade (7%) (Gómez-Sancho, 2000). Quando a pessoa adoece, emerge a incerteza face à possibilidade de cura, ao risco de vida e ao tempo e meios necessários para o tratamento. Esta é considerada por muitas das pessoas doentes uma das fases mais difíceis, em que se vivem níveis de ansiedade e preocupação elevados relativamente à gravidade da doença (Pereira, 2008).

Nesta experiência vivenciada apercebi-me instintivamente que a Sr. C. estava a “pedir ajuda”, apesar de não o ter verbalizado. Fazendo uma analogia entre a interação vivenciada e a filosofia de Benner (2001), a mesma autora defende a enfermeira experiente demonstra competência quando aprendem a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. *“Assim, são obrigadas a utilizar todos os recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente.”* (Benner, 2001, p. 103).

De acordo com Ferreira, Santos e Bulcão (2012), a compreensão das emoções inerentes a um diagnóstico de cancro potenciam a eficácia de uma relação terapêutica, promovendo o bem-estar emocional do doente e beneficiando o processo de adaptação. Para que tal aconteça os enfermeiros devem ser capazes de *“demitir-se de conselhos, das tranquilizações rotineiras, das informações estereotipadas, das indicações apressadas... destituir-se de qualquer questionário ou grelha que decida de antemão o que há a ser resolvido e antecipe como o resolver”* (Collière, 2003, p.135). Nesta situação, percebemos que a Sra. C. experienciou sentimentos de medo em relação ao seu futuro *“Enf. A. eu vou ficar bem, não vou?”*, de tristeza e de grande ansiedade *“Eu é que lhes devia dar apoio e agora não consigo ajudar ninguém”*.

Na opinião de Pereira (2008), é inconcebível, na atualidade procurar combater uma doença crónica ou grave sem atender à maneira como as pessoas se sentem e reagem à situação, mostrando empatia, sabendo “ouvir” e ajudando-as a “fazer-se ouvir”. A comunicação terapêutica assume uma importância fulcral no cuidados de enfermagem, uma vez que constitui o veículo para o estabelecimento de uma relação de ajuda, sendo o meio através da

qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo fundamental para o sucesso das intervenções de enfermagem.

Nesta situação específica foi valorizada a comunicação não verbal: *“respeitei o seu choro e durante esse momento utilizei o toque como forma de esta se sentir segura, apoiada e compreendida. Fez-se silêncio, olhei-a nos olhos...”* Como refere Vitória (2001) e Collière (2000) a comunicação com a pessoa doente não se refere somente às palavras, mas abrange uma vertente muito importante que é a linguagem não verbal: os gestos, um simples contacto com a mão, a postura, o saber ouvir e os olhos. Posso assim afirmar, que segundo Pereira (2008, p. 59) *“ a consciencialização e a valorização dessas mensagens, são fundamentais em todos os processos interaccionais, pois ajudam a eliminar ou a diminuir as barreiras, que impedem o desenvolvimento pessoal e uma comunicação eficaz”*.

Vários estudos (Chris, 2006; Pereira, 2008; Soares, 2007) confirmam que a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz a pessoa doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com o profissional de saúde. Acredito que a maneira disponível, honesta e verdadeira como o médico comunicou o diagnóstico à doente, evidenciando o empenho da equipa em ajudá-la a enfrentar os tratamentos e a combater a doença, favoreceram uma atitude mais positiva em relação à doença/ tratamentos: *“responde-me de imediato que se sente mais optimista e que vai “lutar com todas as suas forças para ficar boa”*.

Ramos (2008) salienta que são numerosos os estudos que evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde da pessoa doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida. Segundo o mesmo autor, foram também desenvolvidos vários estudos que mostram que o facto de fornecer informação às pessoas doentes, envolvendo-as, comunicando com elas, satisfaz várias necessidades, nomeadamente ao nível psicológico (Ramos, 2008, p.108): *“Ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação, o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente.”*

A compreensão da informação é essencial para que a pessoa seja englobado no tratamento, pois se não a compreender poderá não seguir as indicações dos profissionais de saúde.

Não podemos esquecer que cada pessoa é diferente no seu modo de ser e agir, nos seus comportamentos e atitudes, sendo assim é importante ter em consideração que o ato de informar deve ser individualizado e o seu conteúdo deve ser direcionado e adaptado a cada pessoa.

6. CONCLUSÃO

A interação descrita representou um importante momento de aprendizagem, análise e reflexão na perspetiva dos cuidados de enfermagem holísticos. Sendo assim, importa referir que cuidar de pessoas com doença hemato-oncológica significa ser capaz de criar um clima de confiança e escutar, é muito mais do que o alívio dos sintomas físicos é, acima de tudo, ajudá-lo a encontrar o sentido da vida e respeitar a sua individualidade enquanto pessoa única e singular. Considero que durante os vários momentos de interação agi de acordo com as minhas capacidades e limitações e evidenciei competências técnicas, científicas e relacionais, no domínio da compreensão das emoções inerentes ao diagnóstico de cancro e no estabelecimento da relação de ajuda através de uma atitude empática. Benner (2001) refere-se às enfermeiras peritas quando intervêm em situações complexas, uma vez que demonstram competência e capacidade de responder a todas as necessidades, de enfrentar todas as direções, de lidar com situações imprevisíveis e ajustar estratégias, de hierarquizar e separar os problemas e de estabelecer prioridades. Para além disto tudo, a enfermeira perita tem segurança face ao potencial e em situações de crise mantém uma atitude calma, não sendo fácil destabilizar um perito de enfermagem.

A realização desta reflexão permitiu-me conhecer melhor a pessoa alvo de cuidados e as emoções/ sentimentos vivenciados pela Sra. C. face ao diagnóstico de uma doença oncológica, bem como as dúvidas referentes aos tratamentos com quimioterapia, conduzindo a uma individualização da minha intervenção enquanto enfermeira. A intervenção individualizada é aquela que atende à singularidade e à vulnerabilidade de cada ser humano e segundo Suhonen *et al* (2005, p.7) é aquele cuidado que é “*promovido de acordo com as necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e percepções de cada indivíduo*”.

Termino esta reflexão salvaguardando de que apesar de existirem protocolos orientadores para comunicar más notícias desenvolvida por vários autores (Baile *et al.*, 2000; Buckman, 1992), não nos devemos reger por uma fórmula rígida e standard para comunicarmos más notícias,

pois cada pessoa tem as suas características, e a atuação do profissional deve ser adequada a cada situação.

7. PLANEAMENTO DA ACÇÃO

Em situações futuras procurarei dar especial relevância aos seguintes aspectos:

- Estabelecer uma relação empática com a pessoa doente e família, permitindo abrir caminho a uma relação terapêutica;
- Preparar o acolhimento da pessoa doente/família ao serviço de internamento garantindo a privacidade e a ausência de interferências e de ruído, favorecendo assim a expressão de emoções e sentimentos;
- Identificar a percepção da pessoa face à sua situação de saúde e conhecer os seus medos e receios relativamente ao internamento/ tratamentos;
- Responder com empatia às emoções do doente utilizando as técnicas de comunicação terapêutica;
- Dar espaço à pessoa para colocação de todas as questões/ dúvidas relativamente à sua situação de doença e esclarecê-las, para que esta se sinta mais tranquila e confiante;
- Rever competências comunicacionais, através de pesquisa bibliográfica e treino de competências na área da transmissão de más notícias, permitindo a otimização das intervenções de enfermagem.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Baile, W.F., Buckman, R., & Lenzi, R. (2000). SPIKES-a six step - protocol for delivering bad news. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
2. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
3. Bittencourt, A., Menezes, M., Sória, D., Sousa, C., & Souza, S. (2008). Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. *Acta Paul Enferm*, 5 (22), 702-706.
4. Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
5. Chris, L. (2006). *Clinical Thinking: evidence, communication and decision-making*. London: Blakwell.
6. Collière, M-F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

7. Ferreira, L. M., Santos, C., Bulcão, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Onco.news*. 6 (20), 20-27).
8. Gameiro, M. G. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Referência*, 19, 5 - 15.
9. Gómez Sancho, M. (2000). *Cómo dar las malas noticias en medicina* (2da ed.). España: Arán Ediciones.
10. Groenwal, S.L., Frogge, M.M., Goodman, M., & Yarbrow, C.H. (1997). *Psychosocial Dimensions of cancer: part IV from cancer nursing: principles and practice* (4nd ed.). Boston: Jones and Barlett Publishers.
11. Johns, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
12. Organização Mundial de Saúde. (2004). Acedido a 04-03-2011. Disponível em www.afro.who.int.
13. Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
14. Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa. Editora Universitária UFPB.
15. Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4a ed.). Loures: Lusociência.
16. Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 11. 59-62. Acedido a 10-05-2013. Disponível em http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2064&pesquisa=
17. Soares, C. (2007). *Projecto para uma Unidade de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
18. Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11 (1), 7-20.
19. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.
20. Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE Nº 9 – PLANO DA SESSÃO NO SERVIÇO
DE HEMATOLOGIA**



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***O Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-
Oncológica e sua Família – Intervenções de
Enfermagem***

Apresentação dos Resultados da Sondagem de Opinião no Serviço de
Hematologia

- Plano da Sessão -

Aluna: Ângela Gonçalves, nº 4717

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Fevereiro 2014

1. Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia

2. Finalidade:

- Sensibilizar os enfermeiros do serviço de hematologia, para a necessidade de implementar estratégias que visam otimizar o acolhimento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, através da reflexão sobre os resultados obtidos na sondagem de opinião realizada aos enfermeiros deste mesmo serviço.

3. Objetivos:

- Refletir sobre os aspetos que os enfermeiros mais valorizam no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;
- Discutir os fatores que mais dificultam o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;
- Discutir sobre a importância do instrumento de colheita de dados que atualmente é utilizado no serviço de hematologia;
- Refletir sobre as estratégias sugeridas pelos enfermeiros, que visam melhorar o acolhimento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.

3. Plano da Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
Introdução Duração: 5 min	- Objetivos da sessão	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Power Point
Desenvolvimento Duração: 10 min	1. Apresentação dos resultados da sondagem de opinião realizada aos enfermeiros do serviço de hematologia: - Aspetos que os enfermeiros mais	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Power Point Entrega de uma

	<p>valorizam no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores dificultadores no acolhimento de enfermagem; - Apreciação do instrumento de colheita de dados; - Sugestões de estratégias que visam melhorar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. 	<p>proposta de manual de acolhimento que vai entrar em fase de experimentação.</p>
<p>Conclusão Duração: 5 min</p>	<p>Síntese dos resultados obtidos</p>	<p>Debate com as colegas sobre os resultados obtidos;</p>

4. Bibliografia

1. Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
2. Santos, A.C.F. (2000). *Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal. Acedido a 5-02-2014. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10093>.
3. Serrão, D. (2004). Saúde e Doença. In M. do C. P. Neves & S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
4. Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11 (1), 7-20.
5. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.

**APÊNDICE Nº 10 – GUIA ORIENTADOR DE BOAS
PRÁTICAS EM ENFERMAGEM – ACOLHIMENTO DA PESSOA
COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA**



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Oncológica

Ano Lectivo 2013/ 2014

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS EM
ENFERMAGEM***

- Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato- Oncológica e sua
Família -

Aluna: Ângela Gonçalves, nº 4717

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Abril 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	144
1. FUNDAMENTAÇÃO	147
1.1. A PESSOA COM DOENÇA HEMATO- ONCOLÓGICA	147
1.2. ACOLHIMENTO DA PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA	149
2. PRINCÍPIOS GERAIS NO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	151
2.1. CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS	151
2.2. CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA	153
2.3. CARACTERÍSTICAS DO ESPAÇO	154
2.4. PRÉ-REQUISITOS PARA A RELAÇÃO TERAPÊUTICA/ COMUNICAÇÃO COM A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA DURANTE O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	154
3. ALGORITMO DE ATUAÇÃO / ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	156
4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VÁRIAS FASES DO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	157
4.1. FASE DE PREPARAÇÃO	157
4.2. FASE DE ACOLHIMENTO INICIAL	158
4.3. FASE DE EXPLORAÇÃO DA RELAÇÃO	158
4.4. FASE DE RESOLUÇÃO	159
5. CONCLUSÃO	160
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161

INTRODUÇÃO

Este Guia Orientador pretende sistematizar os elementos essenciais no Acolhimento de Enfermagem à Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua família contribuindo, dessa forma, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A doença oncológica continua a ser um preocupante problema de saúde e uma das doenças mais temidas pela humanidade, essencialmente porque aparece ligada ao incurável, à mutilação, ao sofrimento e à morte. Perante esta realidade, devemos entender o cancro como uma doença que afeta o equilíbrio físico, emocional e económico, provocando alterações na vida pessoal, familiar e social (World Health Organization [WHO], 2002). Como refere Apóstolo *et al* (2006), a experiência de uma doença oncológica provoca sentimentos de ameaça da integridade da pessoa, relembrando-lhe a sua vulnerabilidade, de perda de finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia o que desperta na pessoa doente desconforto e sofrimento. O medo da doença intensifica-se quando a pessoa precisa de ser hospitalizada, acontecimento inevitável ao longo do itinerário de doença, tornando-se esta situação um *stressor* para a pessoa doente. A pessoa ao ser internada vivencia todo um conjunto de circunstâncias que afetam o seu equilíbrio físico, psíquico, emocional, social e económico, cujos agentes principais são: mudança da imagem corporal, ruptura com o meio social e familiar, antecipação da dor, comunicações vagas e ambíguas do pessoal de enfermagem, perda para o doente dos seus direitos, privilégios, estatutos e sentimentos de dependências (Moreira, Castanheira & Reis, 2003).

Devemos ter consciência, que quando a pessoa é hospitalizada, esta separa-se da família, dos amigos, dos seus objetos pessoais, chegando a um mundo totalmente desconhecido onde perde a sua identidade própria. De uma hora para a outra, encontra-se com um pijama que pode não ser o seu, numa cama com características que não lhe são familiares, rodeado de pessoas e objetos que não conhece. Desta forma, a hospitalização assume-se como um momento de tensão em que o doente e a família experienciam sentimentos de ansiedade, medo, fragilidade e vulnerabilidade, pois como afirma Moreira, Castanheira e Reis (2003, p.28) “o internamento para o doente oncológico pode ter um duplo sentido, se por um lado pode ser encarado como um agravamento da sua doença, pode também ser a esperança para todo o processo de cura”

O acolhimento de enfermagem assume-se assim de uma importância fulcral na condução de todo o processo de evolução da doença e na forma como o doente percebe a própria doença e o tratamento. Daí, o profissional de enfermagem ocupa um lugar privilegiado e fundamental no contacto com estes doentes. A origem desta proximidade está relacionada com o facto de os enfermeiros permanecerem 24 horas junto da pessoa doente, de entrarem muitas vezes na sua intimidade, o que lhes confere um papel inigualável de proximidade, confiança e ajuda (Martins, 2008). O mesmo autor (2008) refere ainda que, para que este diálogo aconteça, exige da parte do enfermeiro, empatia, disponibilidade, conhecimentos de psicologia e respeito pela dignidade e convicções da pessoa doente. A comunicação é parte integrante e essencial do acolhimento e ocupa um lugar primordial na relação com o doente.

De acordo com Vitória (2001), o acolhimento afigura-se como muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço. De fato, o acolhimento é um cuidado de enfermagem que prossegue e consolida-se no dia-a-dia, aquando a prestação de cuidados de enfermagem.

Ao cuidar de pessoas com doença hemato-oncológica e sua família, o acolhimento de enfermagem assume uma singularidade particular, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, medos, angústias, desejos, expectativas e o impacto que a doença e a hospitalização podem vir a causar na pessoa e família.

O acolhimento de enfermagem deve ser encarada como uma atitude que visa o desenvolvimento de uma relação terapêutica, caracterizando-se não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pela sua individualidade e dignidade humana, como também pelas suas opiniões e sentimentos.

Destinatários: Enfermeiros que cuidam de pessoas com doença hemato-oncológica e sua família.

Objetivos:

- Compreender a importância do acolhimento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família;
- Descrever alguns princípios gerais do acolhimento de enfermagem, com vista a obter informações que permitam uma melhoria na qualidade dos cuidados;

- Promover uma uniformização nos procedimentos do acolhimento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.

Este Guia Orientador está organizado em cinco capítulos. No capítulo um, serão abordados aspectos relativamente ao impacto do diagnóstico na pessoa com doença hemato-oncológica e a importância do acolhimento de enfermagem. No capítulo dois são enunciados princípios gerais a ter em conta no acolhimento de enfermagem. No capítulo três está esquematizado o algoritmo de atuação no acolhimento de enfermagem. No capítulo quatro é descrita a operacionalização das várias fases do acolhimento de enfermagem. Por fim, apresentam-se as conclusões onde são sugeridas algumas questões de investigação.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Decorrente da evolução da profissão e da própria humanidade, a enfermagem tem modificado o seu foco de cuidados, de tecnicamente curativo para uma visão holística da pessoa, envolvendo todos os aspetos inerentes à mesma: físicos, emocionais, sociais, psicológicos e ambientais. Desta forma, os enfermeiros prestam não só cuidados técnicos e físicos, como também psicológicos e emocionais.

Acolher a pessoa com doença hemato-oncológica e sua família em situação de doença, favorecendo a sua adaptação ao novo ambiente com o mínimo de sofrimento, e colher dados que permitam personalizar os cuidados é um dos cuidados de enfermagem, com vista ao bem-estar da pessoa e sua família.

1.1. A Pessoa com Doença Hemato- Oncológica

A palavra cancro ainda está associada aos sentidos de vulnerabilidade, morte e ansiedade, visto o seu curso ainda ser imprevisível. De acordo com o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (2007, p. 5) *“as doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral.”* Apesar do aumento dos índices de “sobrevivida” em oncologia, o cancro continua, na atualidade, a ser entendido como uma doença fatal, que atenta contra a integridade física e psicológica do ser humano, provocando alterações na vida pessoal, familiar e social.

As reações psicológicas podem ser diversas, dependendo de cada pessoa, visto que cada uma reage, como uma pessoa única, com as suas características, vivências e especificidades e em função de variáveis particulares: as crenças culturais, religiosas e existenciais; o autoconceito; o humor; a idade; a personalidade; a força pessoal; o nível de desenvolvimento psicológico; os fatores situacionais, como o *status* socioeconómico; o suporte social; as vivências anteriores de doença; as características da doença; entre outros (Corney, 2002; Gameiro, 2004). No entanto, existem reações previsíveis de acordo com as fases da doença. No decurso de diversas investigações baseada na prática de inúmeros profissionais, Seligman (1996, citado por Pereira e Lopes, 2005), apresenta três estádios previsíveis para os doentes

oncológicos, que são bastante semelhantes aos apontados por Kubler-Ross (1969), quando se refere ao indivíduo que sabe que vai morrer brevemente, sendo eles: negação; raiva/revolta; negociação; depressão e aceitação. Neste seguimento Pereira e Lopes (2005) referem-se separadamente a estes estádios, abordando as reações emocionais vividas pelos doente oncológicos quando confrontados com o diagnóstico de cancro e as respetivas intervenções levadas a cabo pelo psicólogo. Sendo assim, no primeiro estádio - até chegar ao diagnóstico - os doentes experimentam níveis elevados de ansiedade e preocupação relativamente à gravidade da doença, sendo esta considerada uma das fases mais difíceis. Após a confirmação do diagnóstico e o seu conhecimento pelo doente, muitos entram numa fase de choque, apatia e negação. Neste estado, o pensamento não é claro, o comportamento que assumem pode não fazer sentido nem para o próprio nem para os seus familiares, manifestam embotamento emocional, reagindo como autómatos. Aos poucos, a pessoa doente vai abandonando este estado de choque, dando lugar a reações como, por exemplo, a raiva, desespero, medo, revolta, tristeza, culpa e depressão. É um tempo de desorganização e de turbilhão emocional, envolvendo-se a pessoa doente numa tentativa desenfreada de dar significado a esta nova realidade. Conhecido o diagnóstico e iniciado o processo de aceitação, começam a surgir os medos relativamente aos tratamentos e às consequências que estes poderão ter na sua vida futura. Nesta fase a família e os amigos desempenham um papel fundamental na manutenção do equilíbrio físico e psicológico. Por último, o terceiro estádio, pós tratamentos, em que as reações dependem dos resultados positivos ou negativos. Segundo Pereira (2008), quando os resultados são positivos, normalmente as pessoas doentes expressam um sentimento de alívio.

A forma como a pessoa e a família se adaptam à situação de uma doença oncológica, depende em grande parte do significado que a pessoa/família atribuem à doença e relaciona-se com as suas representações de doença e estar doente. Na perspetiva de Pereira (2008), as representações sociais constituem uma forma comum de um determinado grupo perspetivar a realidade e de se comportar perante essa mesma realidade. *“As crenças, representações e sentimentos influenciam a aceitação da doença (positiva ou negativa) e podem afetar a forma como o indivíduo se posiciona perante o tratamento. O significado da doença para a pessoa vai ser extremamente importante no modo individual de reagir”* (Eustáquio & Mendes, 2000, p. 21). É pertinente que o profissional de saúde conheça o significado que a pessoa doente

atribui à doença, só desta forma poderá dirigir a sua ação, compreendendo a razão de alguns comportamentos e apoiando-o na tomada de decisão.

De acordo com Dias (1997, p.99), a *“adaptação do doente oncológico à sua doença parece ser fortemente influenciado pelo apoio psicossocial que recebe”*. Desta forma, é fundamental não esquecer a importância de uma comunicação eficaz: *“dar informação às pessoas será benéfico do ponto de vista do seu ajustamento psicossocial e obviamente relevante em termos da qualidade global da prestação de cuidados de saúde”* (Dias, 1994, p.6). A equipa de enfermagem encontra-se assim numa posição privilegiada para ajudar a pessoa com doença hemato-oncológica e sua família a expressar os seus sentimentos e frustrações, favorecendo assim uma melhor adaptação à doença.

1.2. Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família

As pessoas com doença hemato-oncológica que têm que ser hospitalizadas apresentam um elevado grau de ansiedade e desenvolvem uma série de sentimentos face à situação. A hospitalização tem um grande impacto na vida das pessoas, na medida em que se verifica uma separação do seu ambiente familiar, uma quebra nos seus hábitos de vida e é entendido como uma ameaça no cumprimento dos seus projetos futuros. A casa e o ambiente habituais são substituídas por uma enfermaria partilhada com desconhecidos, tudo começa a ser regulado pelos horários hospitalares e pela disponibilidade dos profissionais, o doente passa a depender menos de si próprio e mais dos outros. Como refere Moreira e Figueiras (1981) citado por Vitória (2001, p. 12) *“...O receio da doença, a expectativa face ao desconhecido, no momento da hospitalização dominam o seu espírito...”*.

Com o objetivo de atender às necessidades físicas e psicológicas da pessoa doente e sua família, é essencial que o enfermeiro os acolha para que se sintam integrados na equipa e de forma a prepará-los para os atos terapêuticos necessários, sendo que esse acolhimento irá influenciar em grande parte, o decurso do internamento e a atitude do doente em relação aos profissionais de saúde (Cardoso & Pinto, 2002). Pensemos em acolhimento como *“uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro. Não é um ato, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e sentir do enfermeiro, expressos por meios de modos de ser, de ações de ajuda...”* (Formarier, 1984 citado por Vitória, 2001, p.10).

O primeiro contato da pessoa doente e família com o enfermeiro que os acolhe, é na maioria das vezes determinante para o estabelecimento de uma relação de confiança. Para que isso aconteça a relação deve começar, num primeiro momento, pela apresentação do enfermeiro, dizendo o nome e referindo quais as suas funções e devolver à pessoa doente, favorecendo uma dinâmica de confiança e respeito entre ambos (Curado, 2006 citado por Tavares, 2008). Também Vitória (2001) reforça a importância do enfermeiro, no momento do acolhimento, manter um sorriso nos lábios, tratar o doente pelo seu nome, tendo o cuidado de se apresentar, criando deste modo um clima de confiança durante o internamento. Importa também considerar que durante o processo de acolhimento os enfermeiros devem dar especial atenção à comunicação não-verbal, pois estudos referem que esta transmite aproximadamente 75% do que queremos dizer (Querido *et al*, 2006), e a pessoa doente e família, procuram pistas na expressão dos profissionais e retiram conclusões acerca da aceitação e da preocupação que têm para com eles, assim como se a nossa comunicação não-verbal é congruente com a verbal. Estas pistas são procuradas no nosso contato visual, na expressão facial, no tom de voz, na postura e movimento e no toque. Outros aspetos a ter em conta no acolhimento da pessoa doente, como refere Serrão (2004), este deve decorrer num ambiente de privacidade, com disponibilidade temporal suficiente para que o doente possa verbalizar os seus medos e preocupações e deve ser baseado numa informação e comunicação aberta, tendo em vista a otimização de uma relação de confiança entre enfermeiro-pessoa doente. Podemos assim dizer que o acolhimento tem como finalidade ajudar a pessoa doente e sua família na adaptação à sua situação de doença, diminuindo todos os sentimentos negativos que possam surgir e favorecendo a expressão de sentimentos, medos e angústias, permite a identificação dos problemas reais, fornecer informações que permitam desmistificar questões que assolem a pessoa doente e sua família e ainda fornecer informações sobre o funcionamento do serviço e da própria hospitalização, com vista a ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa doente e sua família. A acompanhar a informação transmitida pelo enfermeiro, deverá estar disponível um guia de acolhimento como reforço da informação dada, porque muitas vezes não conseguem apreender toda a informação dada devido à ansiedade da entrada.

O acolhimento é considerado um cuidado de enfermagem por excelência, pois constitui um espaço privilegiado no contacto com a pessoa doente e sua família para conhecê-lo, identificar os seus problemas, preocupações e necessidades e transmitir informações com vista a minimizar os seus medos e angustias e aumentar a confiança com a equipa.

2. PRINCÍPIOS GERAIS NO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

Durante o processo de acolhimento é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa doente, de modo a que esta seja capaz de expressar os seus sentimentos, problemas e opiniões.

Alguns pré-requisitos são essenciais a ter em conta para realização do acolhimento de enfermagem e dizem respeito às competências do enfermeiro e às características da pessoa com doença hemato-oncológica, às características do espaço e os pré-requisitos para o estabelecimento de uma relação empática / comunicação com a pessoa doente e sua família.

2.1. Competências dos Enfermeiros

São identificados alguns pré-requisitos do profissional de enfermagem, que acolhe pessoas com doença hemato-oncológica e sua família, essenciais para cuidados de enfermagem de qualidade (Hesbeen, 2000, p. 103-104; Riley, 2004):

- O calor, que permite que a pessoa doente perceba o prestador de cuidados como um ser caloroso, que não é hostil nem distante, que tem a palavra, o sorriso, o olhar adequados e personalizados;
- A escuta, que permite acolher a palavra do outro e que se pretende de ajuda, graças à expressão das suas inquietações ou do seu sofrimento;
- A disponibilidade, que permite ao prestador de cuidados mostrar que está ali, presente a tal pessoa. Revela uma atenção particular. Permite escutar serenamente – não de maneira artificial e apressada entre duas tarefas, por vezes entre duas portas -, responder às perguntas, identificar as inquietações;
- A simplicidade, que se caracteriza tanto por um comportamento como pelo recurso a uma linguagem acessível. A utilização de uma linguagem técnica pode dar uma imagem séria mas não facilita o estabelecimento de uma relação de confiança. Segundo Phaneuf (2005) quando o enfermeiro está em interação com a pessoa doente deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e fazer aceitar o que ele quer ser transmitir. Para isso a sua maneira de exprimir-se deve ser de forma: simples; clara; breve, concisa e em ligação com o tema

principal a desenvolver; apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente.

- A humildade, que revela um profissional consciente dos seus limites, que tem a ambição de prestar ajuda sem ter a pretensão de tudo dominar e de tudo saber sobre a pessoa e que não quer exercer, no doente e nos seus familiares, uma forma de supremacia ligada ao seu estatuto profissional, o de “quem sabe”. Esta forma de superioridade que se pretende impressionante é, muitas vezes, percebida como insuportável, como infantilizante e alienante;
- A autenticidade, que revela um profissional que exerce a sua profissão com verdade para consigo e, por conseguinte, com verdade na relação que mantém com os outros;
- A congruência, revela que o enfermeiro para ser congruente tem de estar atento ao que sente e pensa, uma vez que a capacidade de congruência, corresponde à concordância entre o que o enfermeiro pensa, sente e aquilo que exprime durante a comunicação com o doente;
- A assertividade é a chave para uma relação bem sucedida entre doente e enfermeiro. Comunicar assertivamente é ser competente nas várias estratégias de comunicação para expressar os seus pensamentos e sentimentos, protegendo, em simultâneo, os seus direitos e os dos outros; é ter atitude positiva acerca da comunicação direta e franca; sentir-se confortável e controlar a ansiedade, tensão, timidez ou medo; sentir-se seguro relativamente a seguir uma conduta respeitando-se a si e aos outros e respeitar os seus direitos e os dos outros.
- O humor, que permite não tornar pesada uma situação, mesmo dramática ou difícil, revelando um prestador de cuidados capaz de recuar, relativizando as coisas e identificando, tanto quanto possível, os aspectos positivos, insólitos ou interessantes para o futuro.
- A compaixão, que permite ao prestador de cuidados partilhar o sofrimento do outro, carregar uma parte do fardo, aligeirando assim o fardo carregado pelo doente e pelos seus familiares. Estar com outro implica oferecer e partilhar, “a compaixão consiste em acolher o sofrimento e a angústia de outros e, por sua vez, oferecer a confiança e a serenidade que cada um pode descobrir em si. Trata-se, nesta participação tão simples no sofrimento do outro, de estar com ele, de não o deixar só” (Hennezel, 1995 citado por Hesbeen, 2000, p.105).

2.2. Características das Pessoas com Doença Hemato-Oncológica

A pessoa quando confrontada com o diagnóstico de uma doença oncológica é assombrado por sentimentos de angústia, vulnerabilidade, de ameaça à integridade do eu e continuidade existencial associados a um sentimento de impotência para fazer face a esta ameaça (Pessini, 2002). Estes sentimentos são agravados quando a pessoa tem que ser internada, sendo que estes estadios emocionais poderão tomar proporções tanto maiores quanto maior for o seu sofrimento (Moreira, Castanheira, & Reis, 2003). Na verdade, a forma como as pessoas/famílias se apresenta no momento de admissão inicial no serviço poderá condicionar a forma como o enfermeiro irá conduzir o processo de acolhimento, podendo desta forma o seu comportamento criar barreiras no estabelecimento de uma relação terapêutica (Phaneuf, 2005). Um dos comportamentos mais frequentes é a pessoa/ família se encontrarem muito ansiosas, pelo que perante esta situação o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer a sua ansiedade e levá-la a exprimir sobre o que a perturba, sobre os seus medos; manifestar compreensão; dar-lhe espaço e tempo para que a pessoa/família possam exprimir as suas emoções (chorar) e acolher lentamente sem a apressar. Alguns doentes/ famílias podem ainda desencadear comportamentos de agressividade, sendo que os enfermeiros nestas situações não devem tomar a nível pessoal os comentários hostis; ter consciência que a pessoa/ família estão muitas vezes num grande sofrimento, solitárias e assustadas; adoptar uma postura calma e não um comportamento defensivo e não a apressar, dar-lhe tempo para se exprimir, e mesmo para verbalizar o seu negativismo. Podemos ainda estar perante pessoas/ famílias desconfiadas, ao sentirem que o seu espaço íntimo é posto a descoberto. Como tal, os enfermeiros devem também desenvolver comportamentos adequados, como sendo: explicar-lhe o que fará com a informações recolhidas; clarificar a resistência; tranquilizá-la dizendo-lhe que só os profissionais envolvidos nos cuidados e obrigados ao segredo profissional poderão tomar conhecimento das informações que ela deu; evitar a insistência nos assuntos em que se mostra mais reticente; responder claramente às questões e mostrar-lhe que respeitamos os seus pontos de vista.

2.3. Características do Espaço

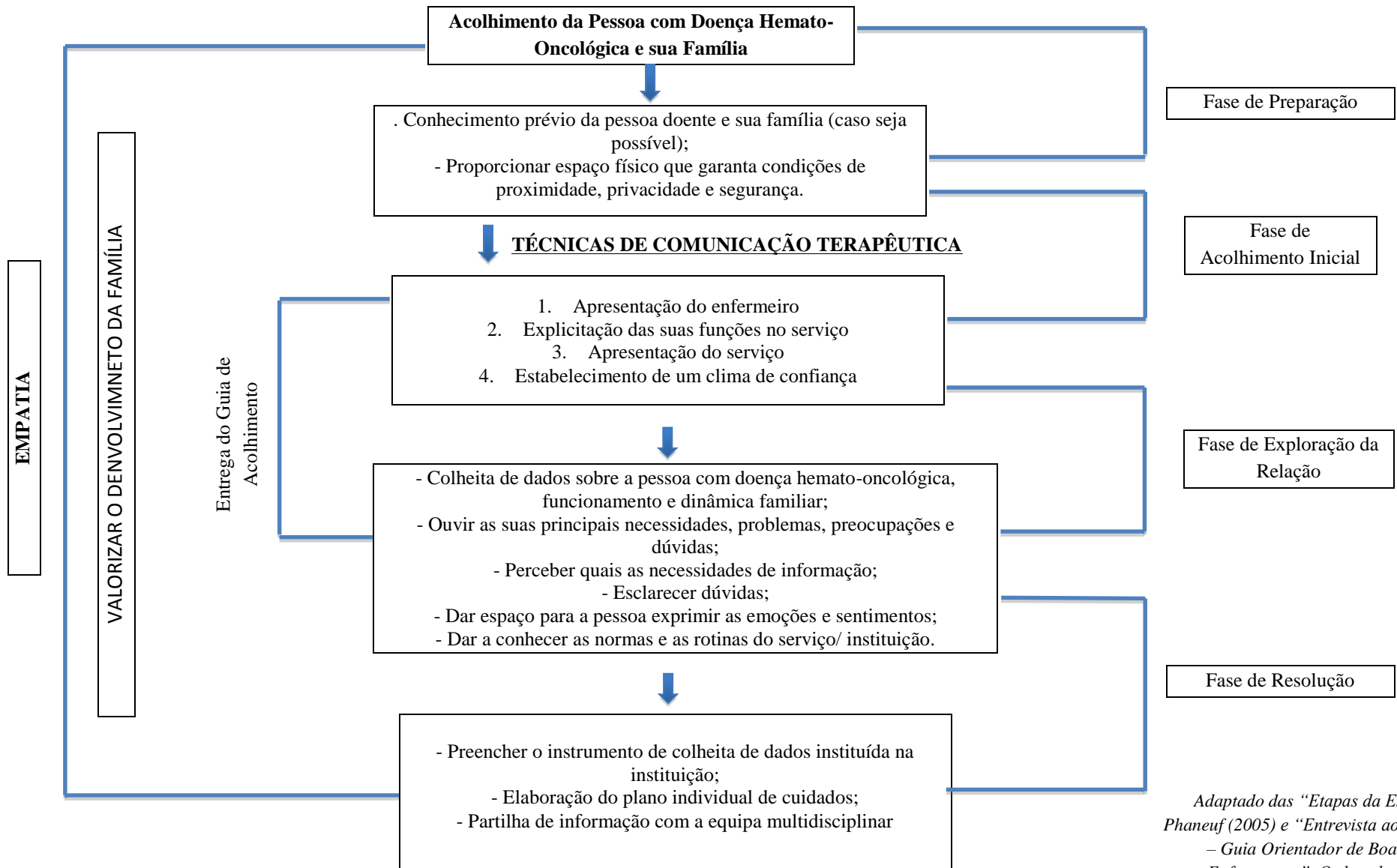
Henriques (1984) citado por Moreira, Castanheira e Reis (2003, p. 32) enumera como um dos pressupostos do acolhimento, que este seja feito num ambiente acolhedor, tranquilo, respeitando a privacidade, pois só assim será possível criar condições que permitam a expressão de sentimentos. Sendo assim devem ser criados espaços próprios para o efeito.

2.4. Pré-requisitos para a relação terapêutica/ comunicação com a pessoa com doença hemato-oncológica e sua família durante o acolhimento de enfermagem

- O enfermeiro deverá possuir conhecimentos sobre estratégias de comunicação, recursos terapêuticos disponíveis, sentir-se confortável perante a pessoa que vai acolher;
- Demonstrar disponibilidade;
- Utilizar uma linguagem clara e acessível;
- Não utilizar termos técnicos e expressões de difícil compreensão, adequando as palavras, gestos, expressão facial e tom de voz;
- Demonstrar empatia - Phaneuf (2005, p. 345) define empatia como um *“sentimento de compreensão do outro”*. Riley (2004, p. 133) acrescenta ainda que a empatia incluiu *“a capacidade de refletir com precisão e especificidade nas palavras, nos sentimentos vividos pelos doentes, traduzindo-a em comportamentos não verbais de calor humano e autenticidade”*;
- Apostar no diálogo, utilizando diversas técnicas de comunicação terapêutica (**Anexo 1**)
- Escutar a pessoa doente e sua família, para que se sintam confortáveis na verbalização de dúvidas e preocupações.
- Demonstrar empenho e preocupação na resolução da situação dos doentes;
- Questiona a pessoa doente sobre as suas maiores preocupações, os seus medos e inseguranças;
- Procura conhecer as expectativas da pessoa doente relativamente à doença/tratamento e internamento;
- Não induzir as respostas, pressionar ou criticar o tipo de linguagem que utiliza;
- Evitar fazer juízos de valor;
- Preocupa-se em respeitar a privacidade da pessoa doente;

- Procura não ser interrompido (entrada de outras pessoas; chamadas telefónicas)
- Ser capaz de captar as mensagens não verbais (postura, gestos, estado de ânimo, forma como se expressa, silêncios, pausas, choro, expressão da face, tom de voz, interação com os familiares...).

3. ALGORITMO DE ATUAÇÃO / ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM



Adaptado das "Etapas da Entrevista" de Phaneuf (2005) e "Entrevista ao Adolescente – Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem", Ordem dos Enfermeiros (2010)

4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VÁRIAS FASES DO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

O acolhimento à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família deve ser estruturada em quatro fases. Estas são a preparação, o acolhimento inicial, a exploração da relação e por último a resolução (Phaneuf, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2010). É preciso ter em atenção que esta divisão é subjetiva porque, segundo as circunstâncias, certas etapas podem estar mais ou menos presentes ou fundirem-se.

4.1. Fase de Preparação

Sempre que possível o enfermeiro deve preparar o acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica, pois irá permitir ao enfermeiro sentir-se mais seguro e manifestar comportamentos mais apropriados à pessoa e suas necessidades. Antes do encontro seria importante o enfermeiro informar-se sobre aquela pessoa (imaginemos que é uma pessoa estrangeira e que não compreende a língua local ou que se trata de um doente que é internado por recaída da doença) e sua família, lendo o processo de cuidados ou falando antecipadamente com a equipa médica ou eventuais colegas que possam conhecer essa pessoa/ família (pessoa/família que venha do ambulatório, da urgência ou de outro serviço da mesma instituição). Esta preparação permite evitar certas questões inúteis e criar um maior clima para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Outro aspecto importante a considerar diz respeito à preparação do local onde se irá realizar o acolhimento. No caso da sua situação clínica o permitir este deve ocorrer num local calmo, que garanta à pessoa condições de proximidade, segurança e privacidade. O momento em que se deve realizar o acolhimento deve ir de encontro à receptividade com que a pessoa se encontra naquele momento. O enfermeiro deve também escolher o momento mais favorável para si próprio a fim de evitar momentos em que se encontra exausto com sobrecarga de trabalho e em que corre o risco de conduzir apressadamente o acolhimento, comprometendo o estabelecimento de uma relação de confiança.

4.2. Fase de Acolhimento Inicial

Esta fase inicia-se no primeiro contacto com a pessoa/ família que irá ser alvo de cuidados. O enfermeiro começa por apresentar-se, enuncia as suas funções no serviço dirigindo-se à pessoa referindo o seu nome, validando como gosta de ser chamado e olhando-o. Poderá também ser efetuado nesta fase a apresentação do serviço onde a pessoa irá ficar internada. É importante estar atento à expressão facial e ao conjunto do comportamento não verbal da pessoa, que informam o enfermeiro sobre a sua disponibilidade afectiva e intelectual. A conversa deve desenrolar-se normalmente em que a pessoa se sinta aceite, compreendida e à vontade, de forma a que se desenvolva assim uma relação de confiança.

4.3. Fase de Exploração da Relação

Uma vez estabelecida a relação, a etapa da exploração é o momento de:

- Colher dados sobre a história de saúde (antecedentes familiares e pessoais, internamentos anteriores, alergias medicamentosas ou alimentares), história da doença atual, as experiências de vida significativas, caracterização do ambiente familiar (vive só, em família, num lar de acolhimento), caracterização da habitação, estruturas de apoio na comunidade, o nível de consciência (orientação no tempo e no espaço, em relação às pessoas e à sua própria identidade), o estado físico e como vive cada uma das suas NHF (Necessidades Humanas Fundamentais), a linguagem (capacidade para comunicar), o estado afectivo (ansiedade, agressividade, mutismo, tristeza, desconfiança, percepção negativa de si), o pensamento (dificuldade em emitir um pensamento abstrato e em resolver um problema, perturbações da memória, tristeza) e a capacidade funcional (autonomia, limites na mobilidade, limites dos órgãos dos sentidos);
- Utilizar diversas técnicas de comunicação terapêutica;
- Ouvir as necessidades, as dificuldades e as expectativas da pessoa da pessoa doente face à doença/ tratamento e internamento;
- Transmitir informação adequada às necessidade da pessoa e família (perceber o que a pessoa sabe; o que não sabe, o que quer saber e pode saber); Ter em conta factores que modificam a aprendizagem e adaptar-lhes a sua comunicação (surdez, diminuição da acuidade visual, fadiga, dor, dispneia, cultura, nível de instrução, religião, valores, idade, etc.) ;

- Providenciar suporte psicológico;
- Favorecer a expressão de emoções e sentimentos: ansiedade, desgosto, medo, culpa, frustração e de cólera;
- Demonstrar empatia e respeito pela pessoa doente e sua família;
- Dar a conhecer as normas e as rotinas do serviço/instituição;
- Entregar do guia de acolhimento;
- Orientar mais do que aconselhar, para que a pessoa possa sentir que participa nas tomadas de decisão;
- Caso os familiares estejam presentes é um momento importante para observar as relações entre os diferentes membros;
- Facilitar e encorajar o envolvimento da família;
- Evitar o mais possível escrever durante esta fase: anotar apenas o essencial ou o que receia esquecer. Completar as notas na fase seguinte;
- Se necessário, por causa da dor, da fadiga ou do aborrecimento observado na pessoa, suspender esta fase e retomá-la um pouco mais tarde.

4.4. Fase de Resolução

Esta fase corresponde à elaboração de um plano individual de cuidados, que se encontra subjacente a um processo de diagnóstico, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, bem como as metas a atingir, estabelecidas conjuntamente com a pessoa com doença hemato-oncológica e sua família. Nesta fase importa:

- Analisar os dados colhidos e observados nas fases anteriores;
- Registrar os dados, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, resultados esperados, e informações relevantes e partilhar posteriormente a informação com a equipa;
- Preencher o instrumento de colheita de dados instituído no serviço.

Em resumo, o acolhimento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, é um recurso imprescindível nesta busca pela excelência e na procura de cuidados mais humanizados.

5. CONCLUSÃO

A implementação deste Guia “Acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família” constitui uma oportunidade para sistematizar e dar visibilidade à prática dos cuidados de enfermagem. Sendo assim, as áreas de investigação que sugiro desenvolver a partir deste guia são: eficácia da comunicação no processo de adaptação à doença/tratamento e comportamentos promotores de adesão ao tratamento.

O acolhimento de enfermagem constitui assim uma oportunidade única para o conhecimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, de modo a que as intervenções de enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades.

Este Guia é um documento orientador das práticas de enfermagem no que diz respeito ao acolhimento de enfermagem da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, contudo não deve ser encarado como um documento estanque, rígido e insusceptível de alterações, pois cada pessoa é única, pelo que cada situação de cuidados deve ser individualizada à pessoa/ família que se encontra à nossa frente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apóstolo, J., Batista, A., Macedo, C. & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência. II série (3)*, 55- 64.
2. Cardoso, A. B. & Pinto, P. (2002). Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 170, 11-14.
3. Corney, R. (2002). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos. In R. Corney (Coord.). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
4. Dias, M.R. (1994, abril). A desmistificação da bata branca na pessoa do doente. *Divulgação*, 30, 4-8.
5. Dias, M.R. (1997). *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
6. Eustáquio, F. & Mendes, A. (2000). Medos, crenças, mitos... representações do cancro. *Nursing*, 141, 20-22.
7. Fermino, T.Z. & Carvalho, E. (2007). A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educative. *Cogitare Enfermagem*, 12 (3), 287 -95.
8. Gameiro, M.G. (2004, novembro). Estar doente: atribuição pessoal de significações. *Referência*, 12, 35-43.
9. Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
10. Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-03-2012. Disponível em repositorio-aberto.up.pt.
11. Ministério da Saúde (2007) *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas*. Acedido a 13-06-2013. Disponível em <http://www.min-saude.pt>.
12. Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
13. Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia orientador de boa prática em enfermagem: entrevista ao adolescente. Cadernos OE: Lisboa. série 1. número 3.

14. Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
15. Pereira, M. da. G. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
16. Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10 (2), 51-72.
17. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
18. Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
19. Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
20. Serrão, D. (2004). Saúde e Doença. In M. do C. P. Neves & S. Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
21. Tavares, P. (2008). *Acolher Brincando*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-03-2014. Disponível em file:///Users/angela/Downloads/Tese%20Mestrado%20Patricia%20(4).pdf
22. Vitória, M. do C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-20.
23. World Health Organization. (2002). *Nacional cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

APÊNDICE Nº 11 – GUIA DE ACOLHIMENTO



Guia de Acolhimento

- Serviço de Hematologia –

Elaborado por: Ângela Gonçalves

Docente: Sra. Prof.^a Antónia Espadinha

ÍNDICE

CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	167
1.1. LOCALIZAÇÃO	167
1.2. ESTRUTURA FÍSICA	167
1.3. RECURSOS HUMANOS	167
1.4. CONTATOS	168
O QUE POSSO LEVAR PARA O INTERNAMENTO?	168
QUE CUIDADOS DEVO TER?	169
3.1. HIGIENE CORPORAL	169
3.2. HIGIENE ORAL	170
3.3. LAVAGEM DAS MÃOS	170
3.4. HIGIENE DOS CABELOS/ BARBA / UNHAS/ PRODUTOS COSMÉTICOS	170
3.5 ALIMENTAÇÃO	171
3.6. EXERCÍCIO FÍSICO	172
VISITAS.....	172
ALGUMAS RECOMENDAÇÕES.....	173
ALTA	175

INTRODUÇÃO

Bem-vindo ao Serviço de Hematologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil. E.P.E.

Garantir a qualidade dos cuidados prestados é um dos principais objetivos do serviço de hematologia, o que para isso contribui, sem dúvida o modo como está organizado e o profissionalismo de todos os que aqui trabalham.

Este guia foi elaborado a pensar em si e destina-se a fornecer-lhe algumas informações sobre o serviço e as suas regras de funcionamento de forma a permitir familiarizar-se com o local onde vai ser tratado.

Aqui poderá encontrar algumas respostas para as suas dúvidas, contudo toda a equipa de saúde estará ao seu dispor e terá todo o prazer em lhe fornecer mais informações ou esclarecimentos que julgue necessários em qualquer altura.

1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Serviço de Hematologia tem como objetivo prestar assistência global adequada nas fases de diagnóstico, estadiamento da doença, tratamento e palição de pessoas doentes, com idade superior a dezasseis (16) anos e com o diagnóstico de doença hemato-oncológica.

O serviço está sob a direção clínica da Professora Doutora Maria Gomes da Silva e a direção de enfermagem está a cargo da Enfermeira Elsa Pedroso.

1.1. LOCALIZAÇÃO

O serviço de internamento situa-se no 1º andar do Pavilhão de Medicina.

1.2. ESTRUTURA FÍSICA

A capacidade total do serviço é de 26 unidades, um total de 4 enfermarias com 4 unidades e 5 enfermarias de 2 unidades. Cada unidade é constituída por: uma cama; uma mesa de cabeceira; um armário individual, onde poderá guardar os seus objetos pessoais (roupa, produtos de higiene...); uma campainha, que sempre que precisar basta tocar, uma televisão e uma cadeira. Cada enfermaria possui uma casa de banho correspondente para o uso exclusivo dos doentes.

1.3. RECURSOS HUMANOS

O Serviço de internamento de Hematologia conta com uma equipa multiprofissional especializada, formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativas, assistente social, nutricionista, psicóloga, psiquiatra, voluntários, padre capelão e funcionários da limpeza.

Equipa Médica – No internamento terá um médico que será responsável por si, no entanto poderá não ser o mesmo médico que o acompanhará após a alta. Nos turnos da tarde e da noite e durante as 24 horas de sábado e domingo, os cuidados médicos serão assegurados pelo médico de urgência, com isto significa que poderá ser observado por um médico que não é o seu.

Equipa de Enfermagem e Equipa de Assistentes Operacionais – Estes profissionais vão acompanhá-lo durante as 24 horas, distribuídos por 3 turnos, o da manhã, o da tarde e o da noite.

Nutricionista – Diariamente tem ao seu dispor uma nutricionista que ajustará a sua alimentação ao seu estado clínico e às suas preferências, sempre que possível.

Assistente Social – Diariamente (de segunda a sexta feira das 8h – 17h) terá ao seu dispor uma assistente social que o ajudará não só durante o período de internamento como também quando estiver em casa podendo contactá-la nessa altura telefonicamente para: 21xxxxxxx

Administrativas – O serviço dispõe de 2 funcionárias de segunda a sexta feira entre as 8h e as 17h. Sempre que necessitar de algum documento (baixa médica, declaração de internamento, relatório médico, credenciais de transporte), é a elas que se deve dirigir.

Para além destes serviços, o IPO possui um serviço de assistência religiosa católica, que se o desejar, informe-se junto do seu enfermeiro. Se pretender assistência espiritual no âmbito de outra religião contacte o enfermeiro.

1.4. CONTATOS

Hospital – 21xxxxxxxx

Serviço de Hematologia (internamento) – 21xxxxxxxx (direto) Ext.1467 - 1465

E-mail – xxxxxxxx@xxxxxxxxxx

2. O QUE POSSO LEVAR PARA O INTERNAMENTO?

Para o internamento poderá trazer:

- Objetos Pessoais – pijamas, roupa interior, roupão, chinelos (sendo um par para o banho), máquina de barbear, pente/ escova para o cabelo;
- Artigos de higiene pessoal – pasta e escova de dentes, desodorizante, creme hidratante e gel de banho.
- Se tiver óculos/ prótese dentária coloque-os em caixa própria ou peça ajuda ao seu Enfermeiro para os guardar. Não os deixe enrolados em lenços de papel ou compressas, pois pode correr o risco de se perderem.
- Pode ainda trazer objetos pessoais que sejam importantes para si ou que o ajudem a ocupar o tempo durante o internamento como por exemplo fotografias, telemóvel, computador portátil, CD's, DVD's, livros, revistas, jogos, entre outros.

Não aconselhamos a trazer dinheiro nem objetos valiosos, porque são desnecessários durante o internamento e o serviço não se responsabiliza pelos

3. QUE CUIDADOS DEVO TER?

Durante o internamento é fundamental que cumpra algumas recomendações relativamente aos cuidados de higiene e a uma alimentação segura, que passaremos a descrever.

3.1. HIGIENE CORPORAL

A higiene diária é muito importante para a conservação da saúde e prevenir as infeções

No banho:

- Lave-se cuidadosamente, dando especial atenção às orelhas, axilas, genitais e pés;
- Hidrate a pele após o banho e sempre que sentir a pele seca (creme hidratante fornecido pelo serviço).

Alguns produtos de higiene são fornecidos pelo serviço:

- Toalhas;
- Sabão líquido para o banho;
- Produtos de desinfeção da boca

De manhã, a assistente operacional responsável por si, colocará junto à sua cama uma toalha de banho, um pijama da instituição (caso não tenha o seu) e duas esponjas.

O seu pijama pessoal já usado e a sua roupa interior devem ser colocados num saco de plástico (solicitar às assistentes operacionais), para que os seus familiares o possam levar para casa.

Não se esqueça que as toalhas só se utilizam UMA VEZ e depois de utilizadas deverão ser colocadas nos contentores de roupa suja!

3.2. HIGIENE ORAL

É muito importante que mantenha uma boa higiene oral para prevenir o aparecimento de infeções.

- Recomendamos a higiene oral, após as refeições e sempre que necessário;
- Recomenda-se que as próteses dentárias sejam, igualmente, alvo de uma lavagem e desinfeção cuidada. Retire-as aos primeiros sinais de inflamação das gengivas;
- No fim, desinfecte a boca bochechando com um produto que os enfermeiros lhe fornecerão para o efeito.
- Mesmo que não se alimente, é importante realizar os cuidados orais;
- Todos os produtos pessoais e os fornecidos, devem permanecer guardados na sua mesa-de-cabeceira. **EVITE DEIXÁ-LOS NA CASA DE BANHO!**

3.3. LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos facilitam a disseminação dos “micróbios”, por isso é indispensável que estas estejam sempre limpas e efetuar a sua lavagem com frequência como por exemplo:

- 1. Antes e depois das refeições;**
- 2. Antes e depois que usar as instalações sanitárias;**
- 3. Após apanhar algum objeto do chão;**
- 4. Depois de estar com as visitas.**

3.4. HIGIENE DOS CABELOS/ BARBA / UNHAS/ PRODUTOS COSMÉTICOS

- A higiene dos cabelos faz parte da higiene global diária. Aconselhamos a cortar o cabelo de uma forma gradual, uma vez que devido aos efeitos secundários da quimioterapia, este acabará por cair;

**Cabeleireiro (Voluntárias da Liga Portuguesa
Contra o Cancro):
Funciona às 3ª e 5ª feiras, das 14h às 17h.
Se necessitar contate um dos Enfermeiros.**

- Nos homens aconselhamos a usar máquina de barbear (uma vez que a lâmina aumenta o risco de lesões e hemorragia). Caso não tenha uma máquina de barbear fale com o Enfermeiro;
- Aconselhamos a cortar as unhas “ a direito” usando um corta unhas (que deve ser trazido pelo doente);
- A utilização de produtos cosméticos pode irritar a sua pele, pelo que fale primeiro com o Enfermeiros antes de os utilizar.

3.5 ALIMENTAÇÃO

A alimentação desempenha um papel fundamental no seu tratamento e recuperação. Sabemos que após os tratamentos com quimioterapia poderá sentir perda de apetite.

As refeições principais (almoço e jantar), são preparadas e empratadas na cozinha da instituição. As refeições intercalares (pequeno-almoço, lanche e ceia) são preparadas pelas assistente operacional responsável pela copa do serviço. Antes da preparação ser-lhe-á perguntado o que deseja comer, tendo em conta as possibilidades existentes no serviço (leite, leite de soja, leite sem lactose, chás, café, pão, croissant, bolacha maria e de água e sal, cereais, Nestum, Cerelac, manteiga, queijo e compotas).

Horários das Refeições

Pequeno -Almoço	9h
Meio – da – Manhã	11h
Almoço	13h
Lanche	16h
Jantar	19h
Ceia	22h

- O local das suas refeições pode ser, consoante a sua vontade: na mesa junto da sua cama ou no refeitório.
- Evite colocar alimentos dentro da sua mesa de cabeceira ou no parapeito das janelas, de forma a evitar a contaminação da comida com microrganismos. Peça às assistentes operacionais para guardarem os seus alimentos identificados na copa ou no frigorífico, se for caso disso.

Se pretende que os seus familiares tragam comida de casa fale primeiro com o Enfermeiro/Médico para saber quais os alimentos que não são aconselhados.

3.6. EXERCÍCIO FÍSICO

O fato de estar internado não significa que tenha que estar permanentemente deitado, a não ser que a sua situação clínica não o permita. Ande pelo quarto ou faça pequenas caminhadas no corredor do serviço, de forma a manter a sua força muscular.

4. VISITAS

Os familiares e amigos podem contribuir positivamente para o seu bem-estar. Contudo, as visitas nunca devem ser prejudiciais à sua recuperação. Não devem perturbar o seu sossego nem o dos outros doentes.

Todos os dias do 12h às 20h

SÓ PODE TER 2 VISITAS EM SIMULTÂNEO

Não é permitida a entrada de crianças menores de 12 anos a não ser com autorização prévia do Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Responsável

Excepcionalmente e só com autorização do Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Responsável, são permitidas visitas fora das horas pré-estabelecidas

As visitas não devem sentar-se nas camas, nem colocarem malas/ casacos em cima das camas/ mesas de refeição. Tudo o que vem da rua transporta “micróbios” que podem infetar. Por esse motivo, peça à sua visita para se sentar na cadeira existente em cada unidade do doente, e para , no fim da visita a colocar no seu lugar.

As pessoas que se encontram doentes, principalmente constipadas ou com gripe, não são aconselhadas a visitá-lo, pois as suas defesas estão diminuídas e uma constipação pode trazer-lhe problemas sérios.

As flores naturais que muitas vezes as visitas gostam de oferecer aos doentes internados **NÃO SÃO PERMITIDAS**, uma vez que podem esconder bactérias e ser prejudiciais para o doente.

5. ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

O doente tem um papel muito importante na sua recuperação, por isso é indispensável a sua colaboração com os profissionais de saúde, o que pode ser manifestada por exemplo nas seguintes atividades:

- Realização da sua higiene pessoal de forma cuidada;
- Realização de cuidados de higiene orais regularmente;
- Realização de uma correta lavagem das mãos (incentive também as suas visitas a fazê-lo);
- Cumprimento do horário da toma da terapêutica oral;
- Comunicação ao Enfermeiro caso ocorram alteração no seu estado:
 - Se sentir frio, arrepios, ou estiver transpirado;
 - Se sentir febre;
 - Se notar alterações a nível da pele;
 - Se as suas fezes ou urina estiverem diferentes do habitual;
 - Se sentir tonturas, desequilíbrio;
 - Se sentir dificuldade em respirar;
 - Se tiver alguma hemorragia (perda de sangue);
- Realização de exercício físico diariamente, de acordo com as suas possibilidades, e ocupe os seus tempos livres com atividades do seu agrado;
- Utilização da campainha do quarto para chamar o enfermeiro sempre que alguma máquina der sinal de alarme;
- Exposição de dúvidas com os enfermeiros, os médicos e outros profissionais caso não compreenda alguma coisa;
- Evite andar descalço na enfermaria de forma a proteger-se de contrair alguma infecção!

6. ALTA

Receber a notícia da alta é sempre um motivo de alegria. Passará a estar mais próximo dos seus entes queridos e desfrutar do conforto do seu lar.

No dia da alta esclareça todas as suas dúvidas com o seu Médico e Enfermeiro. Antes de sair não se esqueça de confirmar com a secretaria de unidade (até às 17h) ou com Enfermeiro, se já tem toda a documentação necessária: cartão de inscrição no IPO, marcação de análises/consulta/pensos, Livro de CVC (caso seja necessário).

Certifique-se que não esqueceu de nenhum dos seus objetos pessoais/ medicamentos.

Durante o internamento, são entregues por escrito e com a devida antecedência, os cuidados a ter após a alta. É importante seguir todas as recomendações da equipa que o acompanha.