



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica na promoção da esperança à
pessoa com doença oncológica.**

Maria de Fátima André Silva

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
na promoção da esperança à pessoa com
doença oncológica.**

Maria de Fátima André Silva

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

DEDICATÓRIA

“Esperança é acreditar no improvável e nunca desistir ... “

Sebastião Wanderley

*O herói aprende e desenvolve-se,
Supera dificuldades e ultrapassa
obstáculos,
Descobre amigos e combate adversários,
surpreende-se e amargura-se, chora e alegra-se,
sofre – em suma, cresce enquanto percorre os
caminhos da sua jornada pessoal.
Nunes, L. (2009,p.73)*

AGRADECIMENTOS

Venho deste modo expressar o meu agradecimento a todos aqueles que vivenciaram, contactaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar à Professora Orientadora, Professora Paula Leal, por todo o acompanhamento, disponibilidade e incentivo dispensados ao longo da elaboração deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha Luísa Costa sem ela teria sido impossível completar esta caminhada, e às minhas colegas e amigas, Sandra Rodrigues e Elsa Monteiro, por toda a paciência e apoio demonstrados.

Aos meus colegas e amigos que, direta ou indiretamente, vivenciaram este percurso. De um modo especial ao colega Enfermeiro Especialista Paulo Marinho e à Enfermeira Mestre Paula Banha, por todo o conhecimento transmitido e a sua orientação no decurso do estágio final.

De igual modo quero expressar o meu sincero agradecimento aos Serviços que me proporcionaram o meu desenvolvimento profissional e pessoal, Serviço de Internamento de Psiquiatria Agudos e Serviço de Dia de Oncologia, a escola, o Instituto Politécnico de Setúbal e a todas as pessoas que fizeram parte deste grande projeto da minha vida, que, sem os quais a sua realização não teria sido possível.

O agradecimento muito especial e incondicional ao Mário e Salvador pelos bons e menos bons momentos.

RESUMO

TÍTULO: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) na promoção de Esperança à pessoa com doença oncológica.

O Relatório que se apresenta é o resultado de um percurso académico realizado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Destaca-se com maior relevância aprendizagens realizadas nos Estágios I e Estágio Final. Seguiu-se a Metodologia de Projeto evidenciando-se a realização de revisão integrativa da literatura, procurando identificar evidência sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção Esperança à pessoa com doença oncológica. Objetiva-se apresentar a resposta ao problema identificado no serviço e demonstrar a aquisição das competências de EESMP e Mestre em Enfermagem. A estrutura do Relatório divide-se em duas partes: PARTE I que inclui os capítulos do Enquadramento Concetual, Caraterização do Serviço e a Metodologia de Projeto; e a PARTE II que relata a aquisição das competências de Mestre e de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

Palavras-chave: Esperança, Enfermagem, Saúde Mental e Pessoa oncológica

ABSTRACT

TITLE: Interventions of the Nursing Specialist in Mental and Psychiatric Health Nursing in the promotion of Hope to the person with oncological disease

The report that presents itself is the result of an academic journey for obtaining the master's degree in nursing in the area of specialization of Mental Health and Psychiatric Nursing. The report that presents itself is the result of an academic journey for obtaining the master's degree in nursing in the area of specialization of Mental Health and psychiatric Nursing. Highest relevance stand out in learning at Stages I and Final Stage. This was followed by Project methodology through achievement of integrative literature review, seeking to identify evidence on interventions by Nurse Specialist in Psychiatric and Mental health nursing in promoting Hope to person with oncological disease. The main goal is to present the answer to the problem identified in the service and demonstrate the acquisition of EESMP and Master Skills in nursing. The structure of the report is divided into two parts: part I - includes the chapters of the Conceptual Framework, Characterization of service and project methodology; and part II which describes competences acquisition of the Master's and at Specialist in Psychiatric and Mental Health Nursing.

Keywords: Hope, Nursing, Mental Health, and Oncology Person

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estratégias de Gestão de sentimentos durante o corpo da relação (Lopes,2016) ..	35
Figura 2 - Protocolo Joana Briggs (2015)	47
Figura 3 - Estratégia de Seleção dos Artigos.....	52

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Comparabilidade de intervenção do cuidado relacional de ajuda na comunicação de esperança.....	36
Quadro nº 2 - Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação.....	50
Quadro nº 3 - Estudos incluídos na Revisão Integrativa da literatura, população/amostra e sua caracterização.....	53
Quadro nº 4 - Extração de dados/resultados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura.....	53
Quadro nº 5 - Desenho da proposta da relação.....	60

ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

APA - American Psychological Association

PICO (JBI, 2015), significando: *patient* (utente), *Intervention* (Intervenção), *Comparison* (Comparação) e *Outcome* (Resultado),

Art. - Artigo

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DR - Diário da República

EEESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos

IESSD - Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença

JBI - Joanna Briggs Institute

n.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p.- Página

PBE - Prática Baseada na Evidência

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RSL - Revisões Sistemáticas da Literatura

TSS - Técnica de Serviço Social

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I	15
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	15
1.1 Saúde Mental no Cuidado com a Pessoa com Doença Oncológica	15
1.2 Esperança	20
1.3 A Entrevista.....	26
1.4 A Comunicação e a Relação de Ajuda em Enfermagem	28
1.5 Teoria de Médio Alcance (A Relação Enfermeiro-Doente)	31
2 - CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO – CENTRO HOSPITALAR A SUL DO TEJO.....	39
2.1 Unidade de Internamento de Doentes Agudos	39
2.2 Hospital de Dia de Oncologia	40
3 - METODOLOGIA DE PROJETO	44
3.1 Prática Baseada na Evidência: A Revisão Integrativa da Literatura	44
3.2 O Modelo de Referência Metodológica para Revisões Integrativas do Instituto Joanna Briggs.....	46
3.3 Diagnóstico de Situação.....	47
3.4 Definição de Objetivos.....	48
3.5 Planeamento.....	49
3.6 Extração dos Dados	53
3.7 Apresentação da Revisão/Síntese do Conhecimento Produzido	56
3.8 Execução	60
3.9 Avaliação	62
Parte II	65
4 - ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	65

4.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	66
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	72
4.3 Competências de Grau de Mestre	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXOS.....	CVII
Anexo I - Inventário de Experiência Subjetivos de Sofrimento na Doença.....	CVIII
Anexo II - Escala de Esperança de Herth (HHI-PT)	CXI
Anexo III - Terapia das Reminiscências	CXIII
Anexo IV - Terapia de Relaxamento	CXV
APÊNDICE	CXVIII
Apêndice I - Resumo de ARTIGO (Revisão Integrativa)	CXIX

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório do Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado pela Associação de Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal e a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora integrada na Universidade de Évora, apresentamos Relatório de estágio intitulado por “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da esperança à pessoa com doença oncológica”.

Entendemos por Relatório um “documento científico que visa comunicar o desenvolvimento e conclusões do estágio/projeto de intervenção profissional, no âmbito da área especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica” (Regulamento de Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, 2018).

A pertinência do estudo da problemática da pessoa com doença oncológica decorre de um conjunto de interesses e motivações pessoais, profissionais, técnico-científicas e académicas. Durante a realização do estágio ao longo da primeira semana, na reunião de orientação a estudante, a Docente orientadora e a Enfermeira orientadora discutiram possibilidades de problemas do serviço que a estudante pudesse contribuir com uma resposta de intervenção de Enfermagem de Saúde Mental, visando responder aos objetivos do estágio. Convergindo os interesses do serviço face à necessidade identificada, associada ao interesse pessoal na temática e, no âmbito técnico-científico ser um foco com necessidade de ser aprofundada, elegemos o tema da Esperança, no cuidado de enfermagem de Saúde Mental à pessoa com doença oncológica, em hospital de dia.

Definimos como objetivos deste Relatório:

1. Apresentar o Relatório de estágio do Mestrado enquanto elemento de avaliação da unidade curricular, com recurso a discussão em prova pública;

2. Refletir sobre a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito do Cuidado de Enfermagem de comunicar esperança à pessoa com patologia oncológica
3. Relatar reflexivamente a aquisição de competências como enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, ao longo do Mestrado em Enfermagem e no decurso dos Estágios I e Final.

Para Hesbeen (2001, p. 67) *“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 reflexiva mais aperfeiçoada portadora de sentido.”* Deste modo, todo este percurso de formação continua realizado motivou-nos e forneceu-nos ferramentas para o nosso crescimento profissional e pessoal, permitindo assim que tenhamos autoconsciência e autoconhecimento de nós aumentando desta forma a capacidade de criarmos relações interpessoais e promovendo a capacidade crítica e reflexiva dos nossos atos de enfermagem.

Não menos importante é a dimensão prática do curso de especialidade com mestrado integrado com duas componentes de estágio, o estágio I que decorreu entre 14 de maio a 22 de junho de 2018, realizado na Unidade Internamento Agudos um total de 162 horas e o estágio final que decorreu entre 18 de setembro de 2018 a 25 de janeiro de 2019 com um total de 648 horas, que decorreu no Serviço de Oncologia- Hospital Dia.

Segundo o Plano Nacional para as Doenças oncológicas, verifica-se um aumento da incidência do cancro da ordem dos 3% ao ano, à semelhança do que acontece no resto da Europa. Tal crescimento justifica-se pelo envelhecimento da população, pelo maior sucesso do tratamento da patologia oncológica e de outras patologias, e pela mudança do estilo de vida. Por outro lado, o aumento dos sucessos terapêuticos, contribuem também para o aumento significativo do número de sobreviventes de cancro, tendo esta população necessidades particulares, tanto em termos clínicos como sociais. (direção geral de saúde (DGS), 2017)

O aumento da incidência das pessoas com doença oncológica criou a necessidade de as abordarmos de uma forma específica e especializada, nomeadamente, na área da saúde mental

as intervenções do enfermeiro especialista de saúde Mental na promoção da Esperança à pessoa com doença oncológica.

De acordo com os autores Cutcliffe e Herth (2002, p.886) *"a enfermagem é inseparável da ação de prestar ajuda, os enfermeiros de saúde mental podem desempenhar um papel fundamental na promoção da esperança em seus clientes."*

Madeleine Vailot (1970, cit. Ramos, 2013) foi uma das pioneiras, a considerar a esperança como a sua preocupação vital e a dar enfoque ao papel dos enfermeiros para "inspirar" esperança na pessoa com doença. Ainda segundo a mesma autora, a esperança é essencial para restaurar a totalidade do ser. Por outro lado, Travelbee (1971, citado por Ramos, 2013) refere-se à esperança como sendo um estado mental associado com a interdependência de outros e motivador do comportamento humano. Assim, nesta perspetiva o papel do enfermeiro é ajudar a pessoa doente a viver a esperança e a evitar o desespero.

Como tal, os cuidados de Saúde Mental e Psiquiátrica, a sua necessidade e a sua pertinência constituem um dos grandes desafios dos enfermeiros especialistas nesta área.

Para Querido (2005), a esperança é considerada como um elemento essencial à vivência das pessoas com doença oncológica, dado que este diagnóstico constitui uma ameaça para a pessoa e família e é um fator de stress e insegurança face ao futuro. A pessoa doente que recebe quimioterapia sabe que o seu estado é grave, mas sabe também que os tratamentos que lhe são oferecidos têm um potencial ativo importante.

Inerente à vida humana, a esperança ou a falta dela, aparece associada às várias dimensões da nossa existência na esfera pessoal, profissional, familiar e social, apresentando especial relevo na saúde mental (Querido, 2018).

Segundo Pacheco (2002), o papel especializado do enfermeiro não é só físico e profissional é sim a presença de uma pessoa humana capaz de escutar, compreender e ajudar. Cuidar é estar numa relação de proximidade e de ajuda, que se caracteriza pela abertura, compreensão e confiança e desenvolver atitudes de conforto e encorajamento, mesmo em situações onde a cura já não é possível.

Como a enfermagem é inseparável da ação de ajudar, os enfermeiros de saúde mental devem desempenhar um papel primordial na promoção da esperança das pessoas de quem cuidam. Notavelmente a esperança pode ser uma força poderosa mesmo num grupo de pessoas que combatem um cancro em estadio avançado e que perdem membros estimados do grupo para a doença. A esperança é flexível e redefine-se para se encaixar em parâmetros imediatos tornando-

-se esperança de conforto, de dignidade, de conexão com outros membros ou redução do desconforto físico (Yalom, 2005).

Definimos a seguinte estrutura para o presente Relatório do Estágio Final, estando dividido em duas grandes partes: A primeira inclui os capítulos do enquadramento conceptual, sendo apresentados a Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, assim como a teoria de médio alcance de Lopes e Querido, que alicerçam toda a revisão da literatura sobre a problemática das intervenções de enfermagem na promoção da esperança à pessoa com doença oncológica; seguido do capítulo de caracterização do serviço e, do capítulo da metodologia de Projeto. Neste capítulo da metodologia de projeto, seguimos as diversas fases para dar resposta á questão de investigação, formulada para responder ao problema identificado.

Na segunda grande parte do Relatório, apresentamos a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, dividida em três domínios: a) a aquisição das competências Comuns do Enfermeiro Especialista: *dominar a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Melhoria Contínua da Qualidade e Aprendizagens Profissionais* (diário da republica 2ª série - nº26 reg.nº 140/2019, 6 fevereiro); a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica *ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, assim como detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional* (Diário da República 2ªs série – nº151, regulamento nº 515/2018, 7 agosto); e a aquisição das competências de mestre, *desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão, que permitam desenvolver o projeto de estágio, em contexto de investigação, tais como aplicar os conhecimentos específicos inerentes à promoção de esperança na perspetiva relacional á pessoa com doença oncológica* (Diário da República, 1º série- nº157/2018, artigon.º 15, 16 agosto).

Por último, tecemos as considerações finais, istematizaremos os resultados mais relevantes, referindo as principais conclusões, as limitações e as implicações dos resultados para a prática de enfermagem, de acordo com a melhor evidência científica sobre o cuidado a prestar a cada pessoa bem como as sugestões para a continuidade da investigação nesta área.

A redação deste relatório é feita segundo o novo acordo ortográfico e de acordo com as normas da American Psychological Association [APA].

PARTE I

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Segundo Fortin (1999) termo “concretizar” refere-se a uma forma organizada de formular ideias, um processo para as documentar em torno de um assunto concreto, que visa alcançar uma conceção clara e organizada do objeto em estudo. O enquadramento concetual tem assim, por objetivo responder aos problemas identificados, através da obtenção de diversos conhecimentos e competências, que serão abordados no projeto ou estudos desenvolvidos.

Neste primeiro capítulo, é abordado o enquadramento teórico que baseou o trabalho e orientou o desenvolvimento do mesmo. Neste capítulo é possível encontrar a definição e explicação de conceitos que ajudaram a compreender melhor o presente documento. O capítulo é constituído pelos subcapítulos: esperança, cuidar da pessoa com doença oncológica, da Doença Oncológica/Ambulatório, enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica e a teoria em que se baseou o desenvolvimento deste trabalho.

1.1 Saúde Mental no Cuidado com a Pessoa com Doença Oncológica

Segundo, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017) a doença oncológica é a segunda causa de morte em Portugal e a que mais aumentou nestes últimos anos, tendo um aumento regular de incidência do cancro de 3%, quer a nível nacional quer a nível de toda a Europa. Verifica-se que este aumento se deve ao envelhecimento da população e ao aumento do sucesso no tratamento do cancro.

De acordo com Carpenito (1999, p.361) “O cancro envolve uma perturbação no crescimento normal das células, no qual células anormais surgem das normais, reproduzem-se rapidamente, e infiltram os tecidos, a linfa e os vasos sanguíneos. A destruição causada pelo cancro depende de

sua localização, da existência de metástases, de seu efeito obstrutivo e de seus efeitos sobre o sistema de defesa do organismo. O cancro é classificado de acordo com a célula de origem; os tumores malignos do tecido epitelial são chamados carcinomas, e os do tecido conjuntivo são conhecidos como sarcomas. O tratamento varia dependendo da classificação, do estágio do cancro e de outros fatores.”

Apesar da constante inovação tecnológica e dos progressos em medicina, o cancro é ainda considerado uma doença devastadora, tendo repercussões na saúde quer a nível físico como a nível do bem-estar emocional, que requer da parte dos profissionais o planeamento de estratégias de recuperação destas (OCDE e European Commission, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) a saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade.

Ainda de acordo com os dados OCDE e European Commission (2018), a doença mental é a perda de saúde mental devido a um transtorno mental. Os transtornos mentais são definidos como aqueles que atingem o limiar clínico de um diagnóstico de acordo com sistemas de classificação, incluindo distúrbios como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia.

Constata-se, que, nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento das ações para promover a saúde mental e prevenir as doenças mentais, e melhorar a gestão e tratamento de problemas de saúde mental quando eles ocorrem por parte de vários países na europa, os custos substanciais dos problemas de saúde mental evidenciam esse esforço. De facto, vários países têm um plano específico ou documento político a abordar a promoção ou prevenção da saúde mental.

Destacam-se as políticas de promoção ou prevenção da saúde mental projetadas para promover saúde nas escolas e nos locais de trabalho, para prevenir o suicídio, para melhorar o bem-estar de pessoas mais velhas, ou detetar problemas mentais no início. Salientam-se, ainda, que os esforços que têm existido no sentido de assegurar uma boa saúde mental nos primeiros anos de vida são rentáveis em termos de resultados mentais, físicos e sociais (OCDE e European Commission, 2018).

Isto é, as ações efetivas podem começar mesmo antes do nascimento da criança: saúde mental materna com deficiente acompanhamento. Condições, como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e psicose afetam cerca de 10 a 20% das mulheres no período perinatal. Estes têm sido associados a pior desenvolvimento físico e cognitivo maior risco de parto prematuro e menor peso ao nascer (Jarde et al.; 2016, Ibanez et al.; 2015, Gavin et al.; 2005, citado por OCDE e European Commission, 2018).

De acordo com Bastos *“A ideia de que a saúde não é a ausência de doença, permite compreender o investimento na saúde mental, assim como compreender o papel da comunidade na construção e na manutenção das redes de suporte que permitam aos indivíduos ultrapassar as crises e desenvolver harmoniosamente os seus recursos.”* (Bastos, 2006., p.55)

Segundo Gameiro (2006), o ser humano detentor das suas faculdades sempre que se sente ameaçado na sua condição de vulnerabilidade e finitude entra inevitavelmente em sofrimento.

Gameiro citando Cassel (1991, 2006 p. 138), acrescenta que o sofrimento é “um estado de desconforto severo, também designado por distress, causado por uma perda ou ameaça atual ou percebida como iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo”. É assim um sentimento de desprazer, que varia de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia.

No que concerne ao Gameiro citando Cassel (1991, 2006 p. 138), atendendo aos vários níveis de desprazer que o mesmo pode manifestar a esperança é um elemento fundamental para atenuar o sofrimento humano.

Em situações de doença, em que as pessoas apresentam um comportamento aparentemente de aceitação resignação e que pode significar uma situação de desesperança profunda, a que associa o abandono, o mais intenso e profundo grau de sofrimento. Constata-se que a morte, quando nada mais faz sentido, apresenta-se como alívio (Gameiro,2006).

A intervenção de ajuda torna-se assim fundamental para o alívio do sofrimento na doença, dado o efeito auto amplificador já que a sua persistência produz desânimo e desesperança, fatores de efeito psicossomático comprovadamente negativo sobre a evolução das doenças. Destaca-se o papel da comunicação, onde para além de facilitar, ajuda a uma avaliação mais integrada e global do sofrimento da pessoa (Gameiro,2006).

De forma, a aceder a experiências subjetivas de sofrimento podemos recorrer a entrevistas focadas, assim como a instrumentos apropriados que facilitam o relato do sofrimento, tais como o Inventário de Experiência Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) (Anexo I). O IESSD é uma escala de formato tipo likert, constituído por 44 itens, que pode ser aplicado como questionário de auto-resposta ou como formulário de entrevista e que abrange os seguintes domínios e temáticas (fontes ou focos de sofrimento): Físico (Dor, Desconforto, perda de vigor físico); Psicológico (Perturbações cognitivas, Perturbações emocionais); Existencial (Alterações da identidade pessoal, Alterações do sentido de controlo, Limitações existenciais, Limitações no projeto de futuro) Socio-relacional (Alterações efetivo relacionais, alterações socio-laborais) e Optimismo (Esperança). Tendo em conta as respostas ao inventário de experiências subjetivas de sofrimento podemos conceber o perfil de sofrimento da pessoa. O mesmo inclui a dimensão designada por “experiencias positivas”, que correspondem a indicadores de otimismo e esperança (Gameiro, 2006).

Ajudar a pessoa em sofrimento deve partir de uma melhor compreensão da experiência do outro, devendo assim constituir um processo facilitador, dessa vivência crítica, de forma a tornar possível condições de atribuição de significados às competências cognitivas e aos pressupostos filosóficos e religiosos, contrariando assim o sentimento de solidão existencial, evitar a perceção de total perda de controlo, e facilitar a descoberta de algum sentido de positivo para o sofrimento, conseguindo-se manter esperança (Gameiro, 2006).

De acordo com Pacheco (2002) pode-se definir cuidar como o prestar atenção global e continuada a um doente, sem nunca esquecer que antes de ser doente é uma pessoa. A pessoa doente é assim vista como o centro de atenção do que cuida e, por isso, não são esquecidos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa para além de cuidados de saúde exigidos pela doença. A principal preocupação de tratar e cuidar da pessoa com doença, que deve ser tida como ser única e insubstituível, pessoa singular, e, portanto, um ser que é cuidado e não tido como um objeto, a quem devem ser prestados cuidados individualizados e, os direitos e as necessidades devem ser sempre respeitados.

Para o mesmo autor podemos distinguir dois tipos de cuidados: aqueles que são prestados diariamente, com a finalidade de ajudar a pessoa a manter a saúde, a vida ou conforto. E aqueles que são prestados a todas as pessoas em situações de crise e ou limitação, apenas com a finalidade de curar ou reabilitar (Pacheco, 2002).

As formas de intervenção relacionadas com a saúde são essencialmente duas: uma, mais técnica e relacionada com o diagnóstico e tratamento da doença (tratar), a outra mais expressiva e preocupada com a pessoa de uma forma holística, sendo esta a vertente do cuidar (Pacheco, 2002).

Para Pacheco (2002) a presença do cuidador é mais do que o estar presencial e profissional, ou seja, é alguém capacitado para escutar, compreender e ajudar. Cuidar é centrar-se numa relação próxima caracterizada pela confiança e compreensão, neste caminho, neste caminho são ainda desenvolvidas atitudes de conforto e encorajamento, mesmo quando a situação de doença não é reversível. Nestas situações é inerente ao cuidador promover o melhor cuidado até á sua morte, sendo que só é possível, se existir uma relação próxima, não superficial e movida de interesse e afeto, muita compreensão focada no saber escutar e saber ouvir.

Assim, a relação estabelecida deve ser baseada na compreensão e no calor humano, na capacidade e saber ouvir e escutar. A necessidade de compreensão tem uma relação estreita com a gravidade da doença, verificando-se uma necessidade de compreensão mais intensa quanto mais grave a doença, assim quando não existe tratamento curativo, cuidar assume uma relevância ainda maior (Phaneuf, 2002).

Segundo Pacheco (2002, p.129) a relação de ajuda *“consiste em estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita” (...)* *“se não existir essa relação, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, uma vez que é fundamental que este se sinta acompanhado, compreendido e apoiado”*.

Para Lopes (2006, p.198) o *“incentivo da esperança e perseverança”* é, por assim dizer, *“a outra face da moeda”* na gestão de sentimentos. Ou seja, *“ao mesmo tempo que se apazigua a insegurança tentando desmontar os diversos sentimentos expressos, é necessário também dar à pessoa algo a que se possa agarrar. Esse algo está dentro dele e é para aí que a enfermeira o vai encaminhar.”*

1.2 Esperança

Nos últimos anos, verifica-se que o conceito de esperança como foco de intervenção de enfermagem tem sido objeto de múltiplas abordagens em diversos contextos clínicos e comunitários (Monteiro, 2014). Na literatura de enfermagem, é possível encontrarem-se múltiplas referências em relação à Esperança e ao seu processo, assim como ao papel dos enfermeiros na manutenção da Esperança junto dos doentes. Contudo, apesar de todo o trabalho e esforço desenvolvido, é ainda difícil conceber uma definição que englobe a forma como esta se relaciona com a saúde, a doença e os cuidados de saúde (Cutcliffe e Herth, 2002).

Importa assim clarificar o conceito de esperança o seu significado. Verifica-se que este não é pertença de uma única disciplina, tendo sido estudado e explorados por diversas perspetivas teóricas. Assim, resulta num fenómeno com vários significados, sendo por este motivo denominado como um conceito fronteira (Ramos, 2013).

Madeleine Vailot (1970, citado por Ramos, 2013) é uma das pioneiras, a considerar a esperança como a sua preocupação vital e a dar enfoque ao papel dos enfermeiros para “inspirar” esperança na pessoa com doença. Ainda segundo a mesma autora, a esperança é essencial para restaurar a totalidade do ser. Por outro lado, a autora Travelbee (1971, citado por Ramos, 2013) refere-se à esperança como sendo um estado mental associado com a interdependência de outros e motivador do comportamento humano. Assim, nesta perspetiva o papel do enfermeiro é ajudar a pessoa doente a viver a esperança e a evitar o desespero.

De entre os autores mais citados e referenciados ao nível da esperança na enfermagem, destaca-se o trabalho desenvolvido por Dufault e Martocchio (1985, p.380). Estes autores desenvolveram uma teoria em que a esperança é descrita como “uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo, um bem futuro que, para a pessoa esperançosa, é realisticamente possível e pessoalmente significativo. Os mesmos autores sugerem ainda que a esperança procura e depende da ajuda externa (social). Embora as pessoas possam manter o seu próprio nível de esperança até certo ponto, este não pode continuar indefinidamente, sendo por isso, neste ponto que as pessoas olham para o exterior de si mesmas e, pedem ajuda aos seus cuidadores (DuFault e Martocchio, 1985 citado por Cutcliffe, 2009).

De acordo com alguns dados empíricos pesquisados, constatámos que os autores Dufault e Martocchio (1985) desenvolveram uma “taxonomia da esperança”, em que este conceito está conceptualizado em duas esferas: a generalizada e a particularizada. A esfera da esperança generalizada diz respeito à esperança de alcance amplo, não vinculadas a nenhum objeto específico de esperança, como por exemplo: “Eu não espero nada em particular, só espero!” E a esfera da esperança particularizada que se refere às esperanças que estão preocupadas com um resultado valorizado, estado de ser, que é um objeto de esperança, como por exemplo melhoria na saúde, passando por um exame. Ou seja, a esfera da esperança generalizada é a esfera potencial das condições para o desenvolvimento da esperança particular: protege contra o desespero e preserva ou restaura o significado da vida, servindo de recurso e suporte à pessoa, para, quando a esperança deixar de ser realista, encontrar esperanças alternativas, servindo como conforto, quando as esperanças particulares são abandonadas (Dufault e Martocchio, 1985).

Os mesmos autores Dufault e Martocchio (1985) descreveram ainda 6 dimensões de esperança, cada uma com diversos componentes que compõem a estrutura da esperança, nomeadamente:

- 1) a afetiva (sensações e emoções que são parte do processo de esperança);
- 2) a cognitiva (processo através do qual os indivíduos imaginam, pensam, recordam, aprendem);
- 3) a comportamental (foco na ação direcionada à esperança);
- 4) a afiliativa (esperança na ligação interpessoal/interfamiliar);
- 5) a temporal (experiência que a pessoa com esperança tem do tempo);
- 6) a contextual (forma como a esperança é apercebida pela consciência e experienciada no contexto de vida da pessoa com esperança).

Segundo Watson (2002, citado por Pires, 2005, p.5) a Esperança é uma crença emocional na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da vida pessoal. A esperança requer uma certa perseverança em acreditar que algo é possível mesmo quando há indicação do contrário. Na conceção de Watson (2002), o sentido de crença deste sentimento aproxima-o muito dos significados atribuídos à fé.

Para Querido (2005), a esperança é considerada como um elemento essencial à vivência das pessoas com doença oncológica, dado que este diagnóstico constitui uma ameaça para a pessoa e família e é um fator de stress e insegurança face ao futuro.

Segundo Phaneuf (2002, p.425) *“A pessoa doente que recebe quimioterapia sabe que o seu estado é grave, mas sabe também que os tratamentos que lhe são oferecidos têm um potencial ativo importante. Este tipo de pensamento confere um pouco de reconforto, mas, de maneira consciente ou inconsciente, a pessoa doente não pode impedir de se deixar invadir em certos momentos pela ideia de que eles poderão não funcionar.”*

Inerente à vida humana, a esperança ou a falta dela, aparece associada às várias dimensões da nossa existência na esfera pessoal, profissional, familiar e social, assumindo especial destaque na saúde mental (Querido, 2018).

Para Jean Watson (1984, citado por Magão e Leal, 2001; Ramos 2013), podemos entender a enfermagem como um sistema de valores Humanístico-altruista, sendo a promoção da esperança e de fé, fatores essenciais ao cuidar. Segundo a mesma autora, a esperança consiste numa transcendência, que envolve o espírito, a mente e as emoções, neste sentido reconhece nos enfermeiros o papel fulcral na promoção da esperança através da qualquer esfera: mente, corpo ou alma. Cuidar é a essência da enfermagem, o foco unificador da prática. Reconhece deste modo a importância da esperança no cuidar com vista à preservação do humanismo.

Segundo um estudo de Cutcliffe (2009) dada a centralidade e a natureza individual da Esperança, talvez seja pouco surpreendente que o conceito de esperança pareça estar intimamente ligado à experiência da doença mental. Pode argumentar-se que é precisamente em tempos de crise existencial e da interrogação intrapessoal, que a pessoa se torna mais consciente da sua necessidade e, concomitantemente, da sua sensação de desesperança relativa.

Como a Enfermagem é inseparável da ação de ajudar, os enfermeiros de saúde mental devem desempenhar um papel fundamental na promoção da esperança das pessoas de quem cuidam. Notavelmente a esperança pode ser uma força poderosa mesmo num grupo de pessoas que combatem um cancro em estágio avançado e que perdem membros estimados do grupo para a doença. A esperança é flexível e redefine-se para se encaixar em parâmetros imediatos tornando-

-se esperança de conforto, de dignidade, de conexão com outros membros ou redução do desconforto físico (Yalom, 2005).

Dos contributos dos vários autores, pode depreender-se que a esperança se trata de um processo que envolve o espírito, a mente e as emoções. Os enfermeiros promovem a esperança através de qualquer esfera-mente, corpo ou alma, desde que o corpo físico não seja entendido ou tratado separadamente da mente, das emoções e de um sentido mais elevado de si (alma).

De facto, uma questão central com que nos fomos interrogando e que muitas vezes se impõe é: **Como podem os enfermeiros promover a esperança?**

A intervenção dos enfermeiros é crucial para manter a crença na eficácia do tratamento, e nas possibilidades de resiliência do corpo da pessoa com cancro submetida a quimioterapia. Esta intervenção efetiva-se através da relação interpessoal numa abordagem relacional de ajuda. Segundo Phaneuf (2005) os enfermeiros, na relação de ajuda com a pessoa com doença oncológica devem atender às fases deste processo, criar uma relação de confiança com as pessoas com cancro e, estarem particularmente atentas aos pedidos de ajuda destas pessoas, nas diferentes fases relacionais.

Para Peplau (1990, citado por George, 2000 p.47) *“a enfermagem é terapêutica por ser uma arte curativa, auxiliando a pessoa doente “ou o necessitado de atendimento de saúde. Pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum” (...)* *“para além disso a enfermeira tem um amplo conhecimento de enfermagem sobre administração de crises de stresse sobre as teorias de desenvolvimento, permitido maior compreensão do seu papel profissional no processo terapêutico”.*

A nível nacional o autor Lopes (2006) apresenta uma teoria de médio alcance estruturada em 3 fases: Início, Corpo e Fim da relação, tendo emergido de um estudo de teoria fundamentada, onde foi identificado o processo relacional de enfermeiros com pessoas com cancro, a realizar quimioterapia, em hospital de dia. Pela similaridade do contexto, e processos, elegemos ambas as teorias; Teoria de Peplau e de Lopes, procurando compreender a potencialidade das mesmas numa intervenção de âmbito terapêutico.

Assim, uma possibilidade de intervenção da promoção da esperança nas pessoas com doença em tratamento de quimioterapia foi pensada a partir da influência de diversos autores, peritos na relação de Ajuda e na Esperança.

Começamos por referir que as quatro fases da Teoria de Peplau adquirem designações diferentes consoante o autor consultado.

Os autores Tomey e Alligood (2004) referem-se às fases de Peplau como a Orientação, o Reconhecimento, o Aprofundamento e a Resolução, que servirão de estrutura à organização da intervenção terapêutica promotora de Esperança a ser realizada. Neste Relatório utilizamos a designação proposta por Tomey e Alligood.

A **fase de orientação** acontece quando a pessoa percebe a necessidade de ajuda e procura ajuda profissional. A enfermeira ajuda o doente a identificar e a perceber o seu problema e juntos determinam a necessidade de ajuda (Tomey e Alligood,2004). Nesta fase a esperança deve ser utilizada de modo implícito ainda que intencional, dando-se primazia à identificação da esperança na narrativa da pessoa (Querido, 2018).

Na **fase de identificação** o profissional permite à pessoa manifestar o que sente, oferecendo-lhe toda a ajuda de que necessita, ocorrendo neste momento a relação de ajuda. Sendo um foco do foro emocional, subjetiva e altamente individualizada a esperança implica uma avaliação com recurso a instrumentos específicos. Uma das formas de avaliar a esperança será através do recurso à entrevista clínica, semiestruturada, com recurso a questões abertas no sentido de caracterizar a esperança, identificar objetos de esperança, identificar recursos, ameaças. A Escala de Esperança de Herth - PT é um destes instrumentos de avaliação, validado para a população portuguesa de pessoas com doença crónica adequado para avaliar e quantificar a esperança da pessoa. O genograma de esperança e ecomapa de esperança constituem-se também importantes instrumentos para avaliação e compreensão dos vínculos de esperança e padrões de interação da família (Querido, 2018).

A **fase de exploração** verifica-se quando o profissional ajuda a pessoa no reconhecimento de todos os recursos da saúde.

Nesta fase a pessoa necessitada de cuidados tira toda a informação que lhe é dada pela relação estabelecida. Aqui a enfermeira trabalha conjuntamente com a pessoa na concretização

de novos objetivos. A enfermeira aqui usa o uso terapêutico de si, estruturando as intervenções (Tomey e Alligood,2004).

Na última etapa do processo interpessoal, designada de **fase de resolução**, espera-se que as necessidades da pessoa tenham sido satisfeitas na sequência da resolução das etapas anteriores, implica um desapego da relação estabelecida com o profissional, isto é, “por um lado o paciente deve estar fortalecido para caminhar sozinho e o profissional deve deixá-lo fazer esse caminho, dissolvendo os laços entre eles” (Tomey e Alligood,2004).

Ou seja, as fases de identificação e exploração da relação são propícias à identificação de atributos de esperança e objetivos realistas, incorporada na negociação do plano terapêutico (Querido, 2018). Importa ainda salientar que estas fases se sobrepõem, inter-relacionam-se e variam na duração. Segundo Peplau (1990, citado por Tomey e Alligood, 2004), as relações entre o doente e o enfermeiro fortalecem-se como resultado desta interação terapêutica.

Os enfermeiros têm assim um papel preponderante no acompanhamento das pessoas com doença do foro oncológico, sendo fundamental implementar intervenções de enfermagem especializadas e de qualidade que promovam os processos necessários à aceitação e adaptação à doença, assim como ao alívio dos sintomas e suas consequências. A promoção de esperança é, portanto, imperativa na prática do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental, no sentido de assistir e apoiar a pessoa doente no uso de estratégias de esperança na capacitação para a gestão da complexidade dos seus problemas (Querido, 2018).

Segundo os autores O’ Connor *et al.* (1990 citado por Lopes, 2006, p.44) “a resposta ao diagnóstico de cancro está associada com a procura pessoal de significado de ter cancro. Na análise às entrevistas efetuadas a doentes oncológicos foram identificados seis temas major: olhar as consequências do diagnóstico do cancro (que é o mais importante); procurar um entendimento do significado pessoal do diagnóstico; viver com o cancro; esperança; mudança na forma como se vê; revisão da vida”.

Para Querido (2018, p.100) *“Ajudar as pessoas doentes a manter a esperança e a evitar o desespero é uma função major dos enfermeiros, que será tanto mais eficaz quanto o profissional a otimizar como recurso para alcançar o bem-estar e o sentimento de felicidade especialmente na fase em que a cura da doença não é possível.”*

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a esperança é multidimensional e dinâmica sendo um ponto central do planeamento dos cuidados, dado contribuir para o processo de lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida e para o delinear de objetivos. A esperança é promotora de saúde, bem-estar e qualidade de vida (proporciona energia e dá poder para o processo de recuperação da pessoa, evitando o desespero, sendo, portanto, encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Apesar de tudo isto, o impacto das intervenções de promotoras de esperança não está ainda definitivamente estabelecido (Monteiro, 2014; Ramos, 2013; Sachse, 2007; Dugglebye Wright, 2005; Benzein, et al., 2001; Dufault e Martocchio, 1985; Travelbee, 1971; Travelbee, 1971).

1.3 A Entrevista

Para Phaneuf (2005), entrevista nos cuidados de enfermagem, é um meio de como se colhe os dados da pessoa/família de quem cuidamos, para poder se elaborar objetivos concretos. Normalmente o encontro entre a enfermeira e a pessoa é previsto e planificado . Na entrevista existe, o encontro entre duas pessoas, onde o intuito é colher informações para se proceder a avaliação e ajudar a pessoa necessitada a enfrentar os seus problemas.

De acordo com Bento (2011) a entrevista é um processo que permite a aquisição de informações acerca do entrevistado, através do questionamento, isto é, através da interação verbal entre um entrevistador e um entrevistado. Constitui-se como umas das técnicas de colheita de dados, mais frequentemente utilizada na investigação naturalista.

Num contexto de cuidados a Entrevista é definida como um encontro geralmente revisto e planificado, uma tomada de contato entre Enfermeiro e a pessoa que cuida ou sua família, face a face, que devem tomar conhecimento aceitar-se e respeita-se de forma a poder-se criar uma convivência terapêutica. Formulam-se objetivos específicos relativos à colheita de informações, à

transmissão de conselhos ou de explicações ao suporte psicológico e à resolução de problemas (Phaneuf, 2005).

São algumas as vantagens que este método possui, das quais se destaca, permitir a aquisição de dados referentes aos mais variados objetos de interesse para a enfermagem, é uma técnica eficiente para obter dados em profundidade acerca do comportamento humano, os dados obtidos são suscetíveis, quer para classificação quer quanto classificação; aplicabilidade em pessoas analfabetas, possibilita o contacto mais próximo do entrevistado, permitindo a identificação de dúvidas e o estabelecimento de uma relação de confiança inequívoca (Oliveira *et al.*, 2010).

No sentido de assegurar o seu bom desenvolvimento, independentemente do tipo de entrevista, devem seguir-se certas etapas. Segundo Phaneuf (2004) a entrevista é constituída por quatro etapas: preparação, orientação, exploração e conclusão.

A **fase de preparação** consiste em informar-se, ler o processo de cuidados ou colocar questões às colegas ou às pessoas envolvidas. Pretende-se responder às seguintes questões: Para que deve servir esta entrevista? De que natureza deve ser? Qual o seu objetivo principal? Quais são os meios que disponho? Quando a entrevista é preparada com a pessoa, a enfermeira conduz a mesma com mais segurança e manifesta comportamentos mais apropriados face às necessidades do doente e a ele mesmo (Phaneuf, 2005).

A **fase de orientação**, que se inicia no primeiro contacto com a pessoa cuidada, refere-se ao momento em que Enfermeiro e pessoa cuidada tomam conhecimento um do outro, olham-se, identificam reciprocamente as suas características físicas, descobrem-se pelo olhar e situam-se em relação ao outro em função da expressão facial. Nesta fase, o Enfermeiro, apresenta-se, enuncia as suas funções no serviço, dirige-se à pessoa alvo de cuidados pelo seu nome. De forma natural, explica o objetivo da entrevista e coloca a pessoa à vontade, manifestando preocupação com o seu conforto, escuta-a, mostra-se disponível e atenta à linguagem não verbal que lhe indica a disponibilidade afetiva e intelectual (Phaneuf, 2005).

A **fase de exploração** consiste no momento em que o Enfermeiro tira proveito da relação criada, recolhendo informações que lhe permitam compreender as dificuldades do doente e planificar cuidados apropriados. No caso de uma entrevista de ajuda e suporte psicológico, nesta

fase o Enfermeiro incentiva a pessoa alvo de cuidados a exprimir as emoções, pretende compreender a dificuldade do ponto de vista da pessoa cuidada e reflete empatia (Phaneuf, 2005).

Por fim na **fase de conclusão**, o Enfermeiro analisa o que foi realizado, congratula a pessoa alvo de cuidados e da entrevista dos esforços, agradece, prepara-a para uma possível separação e se deve voltar a estar com eles, motiva a que continuem com os seus objetivos pessoais entre reuniões (Phaneuf, 2005).

Segundo Chenitz e Swanson (1986 citado por Cassiani *et al.*1996) a entrevista pode ser do tipo formal ou informal. A entrevista formal obedece a um plano determinado de ação, e é empregada quando se pretende obter informações em profundidade, obtidas em locais privados e com respondentes recrutados em locais pré-determinados. A mesma pode ser estruturada ou não estruturada, de acordo com as características do dispositivo utilizado para registar a informação fornecida pelo entrevistado (Bento, 2011).

Para, Oliveira (2017) é essencial que o enfermeiro desenvolva a sua capacidade de fazer questões, ouvir/escutar e observar, constituindo-se a chave para uma relação positiva ente enfermeiro/pessoa e ao mesmo tempo essencial para obtenção de informação, promovendo uma maior intimidade entre os mesmos, proceder a avaliações e ajudar a enfrentar problemas.

1.4 A Comunicação e a Relação de Ajuda em Enfermagem

A comunicação terapêutica e relação de ajuda em enfermagem figuram entre os fatores mais importantes da humanização dos cuidados de enfermagem.

Para Hesbeen (2000, p.37) “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. Para tal são necessárias habilidades comunicacionais de forma a estabelecer uma relação entre o enfermeiro e a pessoa doente.

Segundo Bernard Leblanc-Halmos (1997, citado por Phaneuf, 2005) o termo relação pelas suas raízes etimológicas é parente das palavras “sofrer” e “sofrimento”.

Como refere Mendes (2010) a prática de Enfermagem caracteriza-se pelo estabelecimento de relações interpessoais humanas entre o Enfermeiro e a pessoa. É nesta visão humanizada de prestação de cuidados que a relação de ajuda assume uma importância vital, dado que para além de auxiliar na cura contribui de forma inequívoca para a auto-realização da pessoa cuidada (Phaneuf, 2005 citado por Ferreira *et al.*, 2009).

Segundo Phaneuf (2005, p. 324) a relação de ajuda pode ser definida como uma relação que “coloca em presença dois seres humanos, duas pessoas, postas ao mesmo nível, em que uma elabora objetivos de ajuda e de melhoria para a outra, tendo por adquirido que se pode ajudar a outra a mudar.”

Para que consiga estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, o Enfermeiro tem de dar atenção à pessoa na sua totalidade, atendendo às características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais, quando uma destas componentes é perturbada a totalidade da relação é afetada (Ferreira *et al.*, 2009).

De acordo com Phaneuf (2005, p.324), os conceitos bases da relação de ajuda são *“a confiança, no ser humano e o respeito pela sua dignidade. A tendência atualizante que o impulsiona a explorar as suas potencialidades. A importância da autonomia na evolução pessoal. A necessidade da relação como húmus favorecedor do desenvolvimento do ser humano. A utilidade da enfermeira como instrumento e modelo de mudança.”*

Possuidora de uma especificidade particular a relação de ajuda, deve basear-se em três pontos fulcrais: a verdadeira escuta, a empatia e a congruência. Numa primeira instância a relação de ajuda é baseada na escuta do outro, isto é, num estado de disponibilidade intelectual e afetiva da Enfermeira (Saraiva, 2008 citado por Ferreira *et al.*, 2009). Ao mesmo tempo é silêncio e palavras com a finalidade de incentivar a expressão de sentimentos, emoções pelo outro (Phaneuf, 2005). Segundo Saraiva (2008, citado por Ferreira *et al.*, 2009) a Escuta permite acolher a palavra do outro, proporcionando ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente quer não verbalmente. Citando o mesmo autor a empatia, implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, sabendo ao mesmo tempo, manter uma distância que lhe permite estabelecer uma relação terapêutica e a congruência, que implica por parte do enfermeiro a capacidade do Enfermeiro ser autêntico, ele mesmo. No sentido de assegurar estes pontos-chave, o Enfermeiro deverá ser capaz de demonstrar presença física e

humana, uma disponibilidade para que consiga aceder ao todo da pessoa (Saraiva, 2008 citado por Ferreira *et al.*, 2009).

Phaneuf (2005 citado por Ferreira *et al.*, 2009) acrescenta que as principais habilidades da relação de ajuda são a aceitação, o respeito e a empatia. A aceitação refere-se à primeira condição para que se possa estabelecer uma relação de ajuda, é o sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e forma de ser, não exigindo mudança da sua parte. Enquanto o respeito refere-se à capacidade de se respeitar a si e ao outro, Phaneuf (2005 citado por Gil, 2012, p.41) define “que respeitar a pessoa é acreditar profundamente que ela é única e que por causa da sua unicidade, só ela possui o potencial específico para aprender a viver de mais satisfatória para ela”. Assim, o respeito é tratar a pessoa com deferência, delicadeza, acolher tendo em conta a sua unicidade, mostrando respeito pelas suas capacidades, experiência de vida. A mesma autora defende que a enfermeira não está de uma forma contínua em contexto de relação de ajuda. Apesar de querer conferir aos cuidados prestados um carácter humanista, onde estão presentes a escuta e compreensão, estas características não constituem por si só estar numa relação de ajuda. Para que isso aconteça deverá existir concentração, interioridade e empatia, condições que não se conseguem manter a longo tempo. Além disso, na relação de ajuda a Enfermeira procura compreender e perceber a dificuldade da pessoa alvo de ajuda, como se a visse com os olhos do outro, assim mesmo que ela se distancie das emoções ligadas à situação, corre o risco com o tempo de viver uma sobrecarga emotiva (Phaneuf, 2005 citado por Gil, 2012, p.41)

Poderemos ainda afirmar que o enfermeiro é um ser influente na relação com a pessoa/família, durante o contato, cria uma atração na pessoa cuidada, assim a pessoa cuidada sente estar perante uma pessoa competente, fiável e com o intuito de ajudar, criando-se uma relação de confiança (Phaneuf, 2005).

De acordo com Phaneuf (2005) nesta aproximação a enfermeira tira partido da relação de confiança a fim de se aproximar psicologicamente da pessoa, para a ajudar a tomar consciência das suas dificuldades e a aceitá-las, depois a motivá-la a mudar de atitude e a encontrar os meios de o fazer. Esta influência responsável, aberta e verdadeira da enfermeira perante a pessoa deve proceder-se da seguinte forma:

1. Manter a confiança da pessoa na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de a ajudar e de agir no seu melhor interesse;

2. Manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre. É preciso lembrar-se que a ajuda que não provém do respeito pode tornar-se uma violência;
3. Conservar a confidencialidade do que lhe é revelado no quadro desta relação, A pessoa cuidada deve estar convencida que somente as pessoas da equipa de cuidados envolvidas poderão se necessário, ser informadas;
4. Criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham uma confiança recíproca;
5. Manter-se aberta às perceções, expectativas, necessidades reticências e medos da pessoa cuidada;
6. Honrar os compromissos tomados em relação à pessoa cuidada e não lhe falhar quando ela tem necessidade de apoio;
7. Manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança e à sua capacidade de ter em conta os seus limites;
8. Evitar desapontar por comportamentos de dominação, de neutralidade ou de falta de empenhamento;
9. A enfermeira para melhor compreender a pessoa, a fim de a ajudar, deve observar os indícios do que se passa a um nível mais íntimo e pessoal, tendo sempre o cuidado de não incutir os seus interesses pessoais.

1.5 Teoria de Médio Alcance (A Relação Enfermeiro-Doente)

De forma a compreender a definição de teoria é necessário expor o significado de conceitos e proposições. Assim, Conceito consiste numa palavra ou frase que resume um fenómeno, como uma ideia, observação ou experiência. Fornece uma imagem mental que facilita a comunicação e compreensão de um fenómeno. Não é algo real. Por sua vez, uma proposição define-se como um enunciado sobre um conceito ou relação entre dois ou mais conceitos. Existem proposições não relacionais que descrevem ou definem um conceito e proposições relacionais que estabelecem a relação ou ligação entre dois ou mais conceitos. São quatro os conceitos principais da enfermagem: ser humano, saúde, ambiente e a enfermagem. Estes conceitos reunidos formam o

metaparadigma da enfermagem, e este identifica o conteúdo de uma disciplina (Fawcett, 2005; Hickman, 2000).

O conceito do **ser humano** refere-se ao indivíduo, assim como às famílias, comunidade e outros grupos ou agregados que participam no processo de enfermagem. O conceito **saúde** remete para o processo de vida e morte do ser humano. O conceito de **ambiente** designa as pessoas significativas do ser humano e o ambiente físico, assim como os locais onde a enfermagem decorre. Este conceito também se refere a todas as condições locais, regionais, nacionais e internacionais em termos culturais, políticos, sociais e económicos que podem ser associados com a saúde dos seres humanos. O conceito de **enfermagem** consiste na definição de enfermagem, as ações levadas a cabo pelos enfermeiros em representação ou em colaboração com os seres humanos e os objetivos ou resultados dos atos de enfermagem. O processo de enfermagem engloba as etapas de diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação (Fawcett, 2005).

Uma teoria de enfermagem é composta por um ou mais conceitos concretos e específicos que derivam de um modelo concetual com proposições que descrevem estreitamente estes conceitos com ligações relativamente concretas e específicas. As teorias podem ser de grande alcance e de médio alcance. As teorias de grande alcance são mais abstratas e mais abrangentes, já a teoria de médio alcance é de nível menos abstrato de conhecimento, tendo um foco de interesse mais limitado (Fawcett, 2005; Tomey e Alligood, 2004).

De forma a atingir o que nos propomos, foi importante adotar um referencial teórico. Assim, e neste contexto optámos por adotar o referencial de Manuel Lopes, autor Português de relevo na área da saúde Mental e Psiquiátrica. Trata-se de um referencial desenvolvido a partir de um contexto de características similares ao local onde realizámos o estágio e ao mesmo tempo por ser um autor Português relevante. Neste sentido, utilizou-se como referência conceptual a sua teoria das relações. Achamos ainda pertinente estabelecer uma comparação entre as fases as teorias de Manuel Lopes e Hidgard E. Peplau, na medida em que esta constitui um marco conceptual da enfermagem psicodinâmica, assim como incluir a visão de Querido, para robustecer a abordagem no que à Esperança diz respeito.

A teoria de Manuel Lopes trata-se de uma teoria de médio alcance e caracteriza-se por ser constituída por duas componentes distintas, mas complementares e estreitamente

interrelacionadas: a natureza da relação e o processo de relação. Em nenhuma circunstância a relação é estática, desenvolvendo-se em função de circunstâncias diversas, as quais lhes são inerentes (Lopes (2006).

Segundo Lopes (2006), podemos distinguir três momentos distintos da relação, isto é, um momento que corresponde ao encontro inicial, ao processo de aproximação entre a enfermeira e a pessoa, designado por início da relação, outro momento que é constituído por todos os momentos de reencontro, onde a enfermeira recorre a estratégias terapêuticas diversas, que se denomina de corpo da relação e por último um momento que corresponde ao fim da relação que configura a separação. Importa salientar que não se verificam fronteiras definidas entes os referidos momentos.

Ou seja, dois grandes conceitos caracterizam a natureza da relação: o processo de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. Ambos os conceitos são constituídos por um conjunto de estratégias, estruturam-se e desenvolvem-se enquanto processo e influenciam-se mutuamente (Lopes, 2006).

No início da relação que estabelece com a pessoa doente, a enfermeira desencadeia um conjunto de estratégias que se orientam de forma simultânea com a finalidade de dar ao início do processo de avaliação diagnóstica. Esta estratégia tem subjacente uma conjugação de perspetivas (biomédica, vivencial e de ajuda) da qual resulta a perspetiva de enfermagem (Lopes, 2006).

O processo relacional desenvolve-se em três fases sequenciais, denominadas por o Início da relação, Corpo da relação e Fim da relação (Lopes, 2006).

O Início da relação, constitui na recolha de alguma informação prévia sobre a pessoa, pode também recolher-se outra informação, de natureza mais informal, normalmente relativa ao modo como a pessoa e família estão a vivenciar a situação. Nesta fase a enfermeira desloca-se à sala de espera e chama de modo personalizado a pessoa e família. Após os procedimentos preparatórios desenvolvidos pela enfermeira, prossegue a entrevista de admissão (Lopes, 2006).

A entrevista de admissão tem dois objetivos fundamentais dar início ao processo de avaliação diagnóstica e criar um clima de confiança que permita o desenvolvimento de uma relação numa perspetiva terapêutica. A principal característica desta fase é a clarificação do problema, isto é, faz parte das tradicionais abordagens psicoterapêuticas (Lopes, 2006).

O "Início da relação" é um misto de elementos de natureza afetiva, com outros de natureza clínica, devendo antes de mais, ser entendida do ponto de vista clínico, como o primeiro passo na construção de um processo relacional cujos objetivos são terapêuticos. Durante a entrevista a enfermeira recorre a algumas estratégias, nomeadamente a utilização de escala de avaliação do sofrimento e escala de Esperança herth (Mede a dimensão cognitiva-temporal de esperança, mede a dimensão afetiva comportamental de esperança e mede a dimensão afiliativa contextual de esperança). Estão assim criadas as condições para se dar início à fase seguinte, esta fase só se concluiu após a enfermeira ter recolhido a informação considerada necessária para dar início à prestação de cuidados (Silva, Costa e Alves, 2011; Lopes, 2006).

A fronteira entre esta fase da relação e a anterior é difícil de traçar, porque se pode entender que já durante a entrevista de admissão ocorre intervenção (Silva, Costa e Alves, 2011).

Durante essa entrevista verifica-se que, num período inicial, está patente essencialmente uma atitude diagnóstica. Segue-se um outro período em que a enfermeira, a par com esta atitude, desenvolve uma outra de natureza interventiva e que consiste na explicação dos processos de doença e tratamento. Tem assim início a fase designada por corpo da relação, onde ocorre o essencial da intervenção terapêutica, esta fase é constituída essencialmente por dois processos coexistentes e sobreponíveis: o "Processo de avaliação diagnóstica", onde em cada reencontro se procede a uma revalidação em ação. O Processo de intervenção terapêutica de enfermagem, pode desenvolver-se também no sentido de completar o processo de auto-consciencialização das dificuldades e problemas do doente, é nesta fase que atinge a sua expressão máxima. Onde após se ter construído um clima de confiança, se procede a um trabalho sistemático à volta dos problemas identificados, no sentido de os resolver, isto é, um trabalho sistemático orientado no sentido de aprender a viver com a nova situação. Para saber viver com esta nova situação, são necessárias, novas capacidades, uma outra auto-imagem e auto-conceito, uma outra estrutura relacional, ou seja, novas identidades. Assim, constitui-se como ajuda adicional de grande importância no processo de aprendizagem que o doente está a desenvolver (Silva, Costa e Alves, 2011; Lopes, 2006).

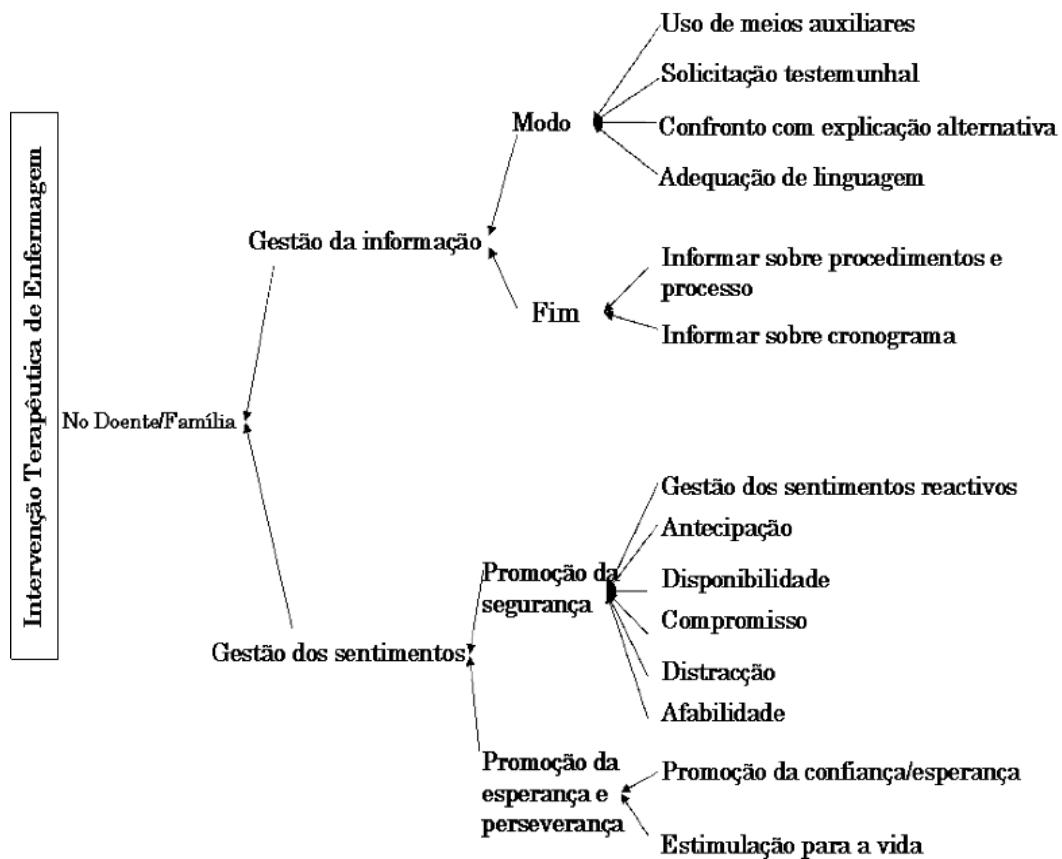
São várias as estratégias que a enfermeira tem disponíveis durante o processo de intervenção terapêutica, entre as quais referem-se:

- Ajudar o doente a refletir sobre o percurso e a narrativa de vida;
- Trabalhar a memória;

- Incentivar a leitura e a escrita como forma de organizar a esperança;
- Incentivar o sentido de continuidade existencial e o reforço das relações significativas com outros;
- Facilitar a expressão de crenças espirituais e práticas religiosas;
- Identificar símbolos de esperança;
- Elaborar diários e kit's de esperança;
- Definir objetivos e a planificação de formas de os atingir;

No entanto, importa salientar que a gestão de sentimentos implica uma concessão de um espaço-tempo que possibilite a promoção da confiança e o incentivo da esperança e perseverança. Nesta fase a promoção da confiança é essencial, dado tratar-se de um dos pilares de qualquer relação com intencionalidade terapêutica e, ao mesmo tempo, quando precisa ser alimentada todos os dias sobretudo quando a pessoa doente apresenta enormes níveis de insegurança.

Figura 1 - Estratégias de Gestão de sentimentos durante o corpo da relação (Lopes,2006)



Para terminar, segue-se a fase denominada por fim da relação, que pode assumir duas formas distintas e opostas: se sinónimo de perda, pois a pessoa doente morre e, conseqüentemente, ser doloroso e sofrido ou ser sinonimo de renascimento, de retorno a uma outra vida, por remissão da situação, sendo neste caso motivo de alegria e festa (Silva, Costa e Alves, 2011).

Este fim da relação não se encontra, em momento algum, dependente da vontade da enfermeira nem do doente. Esta fase encontra-se presente desde o início e marca todo o processo, isto é, o estadiamento do tumor, o qual dá a perspetiva prognóstica em termos de probabilidade de remissão (Lopes, 2006).

Seguidamente expõe-se um quadro ilustrativo das teorias que suportaram o presente trabalho.

Quadro nº 1 - Comparabilidade de intervenção do cuidado relacional de ajuda na comunicação de esperança

HILDGARD PEPLAU (1990)

MANUEL LOPES (2006)

Querido (2005)

ORIENTAÇÃO	INÍCIO DA RELAÇÃO	PERCEÇÃO DA ESPERANÇA
<p>É o início da relação interpessoal, e ocorre quando a pessoa/família percebe a necessidade de ajuda. Tanto o enfermeiro quanto a pessoa traz suas bagagens anteriores (cultura, valores, ideias pré-concebidas, etc.), que devem ser levadas em consideração; ambos têm papel igualmente importante na interação interpessoal. Existe nesta fase todo o aspeto educativo da relação.</p>	<p>Esta fase, normalmente, inicia-se antes de a enfermeira e o doente se encontrarem, através das atividades de preparação desenvolvidas pela enfermeira, e conclui-se com o primeiro encontro, o qual se traduz na entrevista de admissão.</p> <p>Assume particular importância num conjunto de fatores referidos pelos doentes e pelas enfermeiras como facilitadores da aproximação, bem como a componente do "Processo de avaliação diagnóstica" que ocorre durante a entrevista de admissão constata-se que a enfermeira, regra geral, se prepara e recolhe informação sobre o doente, antes de se encontrar com ele.</p> <p>E tem uma outra componente que consiste na recolha de alguma informação prévia sobre o doente (E tem uma outra componente que consiste na recolha de alguma informação prévia sobre o doente, Esta é essencialmente de natureza médica e recolhe-a do processo médico, ao qual tem acesso prévio, bem como do médico e/ou de alguma colega que conheça o doente.)</p>	<p>Estabelecer uma relação de ajuda;</p> <p>Trabalhar com a pessoa no sentido da manutenção da autoconfiança;</p> <p>Escutar ativamente a pessoa, estar presente;</p> <p>Ajudar na identificação de áreas de esperança: objetos de esperança, quando os objetivos específicos da pessoa não são atingíveis.</p>

(continuação)

<p>IDENTIFICAÇÃO</p> <p>A pessoa reage seletivamente no enfermeiro; ambos precisam esclarecer as percepções e expectativas mútuas. No final desta fase a pessoa começa a lidar com o problema, o que diminui a sensação de impotência e desesperança do enfermeiro, criando uma atitude de otimismo.</p>		<p>PERCEPÇÃO DA DIMENSÃO TEMPORAL</p> <p>Ajudar a pessoa a refletir sobre o seu percurso de vida;</p> <p>Encorajar o doente a partilhar experiências positivas do passado;</p> <p>Estimular o sentido de controlo da pessoa sobre a situação presente;</p> <p>Despertar o sentido positivo associado a pequenas alegrias do presente;</p> <p>Ajudar na elaboração de planos criativos.</p>
<p>EXPLORAÇÃO</p> <p>A pessoa começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor de cuidados e pode necessitar “demais” do enfermeiro como uma forma de “conseguir atenção”. É importante para o enfermeiro saber usar os princípios para técnicas de entrevista. A Pessoa poderá apresentar um conflito entre dependência-independência.</p> <p>O enfermeiro precisa oferecer uma atmosfera sem ameaças e utilizar adequadamente a comunicação: esclarecendo, escutando, aceitando e interpretando 37 corretamente; assim o enfermeiro ajuda a pessoa na exploração de todos os caminhos da saúde.</p>	<p>CORPO DA RELAÇÃO</p> <p>Já durante a entrevista de admissão ocorre intervenção.</p> <p>Verifica-se que num período inicial está patente essencialmente uma atitude diagnóstica.</p> <p>A par com esta atitude, desenvolve uma outra de natureza interventiva e que consiste na explicação dos processos de doença e tratamento.</p> <p>O essencial da intervenção terapêutica ocorre após a entrevista de admissão. Por tal razão, considerarei que o essencial do Corpo da relação corresponde ao período de tempo após aquela entrevista.</p> <p>Esta fase é constituída essencialmente por dois processos coexistentes e sobreponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• O "Processo de avaliação diagnóstica"• "Processo de intervenção terapêutica de enfermagem" <p>Agora prevalece a reavaliação, em contextualização sistemática com o conhecimento que já se tem da pessoa. Este processo pode desenvolver-se também no sentido de completar o processo de auto consciencialização das dificuldades e problemas da pessoa.</p>	<p>VIVÊNCIAS DA ESPERANÇA</p> <p>Manter a pessoa bem informada, respondendo às necessidades que evidenciam, de acordo com o seu nível entendimento;</p> <p>Providenciar alívio da dor e /ou outros sintomas;</p> <p>Encorajar a expressão de emoções e sentimentos;</p> <p>Utilizar o humor e a “boa disposição” na prática de cuidados e encorajar o seu uso pela pessoa;</p> <p>Promover o sentido de continuidade e reforço das relações com os outros;</p> <p>Facilitar a expressão de crenças espirituais e práticas religiosas;</p> <p>Apoiar e fomentar a esperança junto da família/outras significadas.</p>

(continuação)

RESOLUÇÃO	FIM DA RELAÇÃO	MANTENDO A ESPERANÇA
<p>É a última do processo interpessoal. Presume-se que as necessidades do paciente já foram satisfeitas através dos esforços cooperativos do enfermeiro e da pessoa. Ocorre a dissolução do elo da relação terapêutica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Efetivamente a relação termina no momento em que o tratamento quimioterápico terminar ou antes disso, se, entretanto, ocorrer algum incidente de saúde que a isso obrigue ou a morte do doente.• Mas é particularmente o caso da gestão de sentimentos num contexto de crescente envolvimento relacional. Este envolvimento é assumido pelas enfermeiras e pelos doentes e referido como positivo por ambos, sendo adjetivado de modo variável entre "relação de amigo" e "relação familiar".• Alguns tipos de intervenção que pressupõem grande proximidade parecem ser úteis, do ponto de vista terapêutico, se usados num determinado contexto e espaço de tempo delimitado, mas prejudiciais se aqueles parâmetros não forem respeitados.	<ul style="list-style-type: none">• Manter uma prática de cuidados atenta á individualidade aos pormenores• Partilhar informação acerca da morte e do morrer• Ajudar a viver “um dia de cada vez”• Envolver ativamente o doente no plano de cuidados• Ajuda na redefinição ou manutenção de interesses pessoais, “hobbies” e projetos, cartas terapêuticas. <p>Adaptado de Querido (2005, p. 186,187)</p>

2 - CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO – CENTRO HOSPITALAR A SUL DO TEJO

Como foi referido anteriormente, o(s) Estágio(s) foi(foram) desenvolvido(s) na unidade de Internamento de doentes agudos/Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e serviço de Hospital dia de Oncologia do Centro Hospitalar X.

2.1 Unidade de Internamento de Doentes Agudos

A UIDA é uma das três Unidades Funcionais do Departamento e tem por objetivo prestar cuidados de saúde diferenciados a doentes psiquiátricos em fase de descompensação da sua doença.

Tem como missão, promover o tratamento e a estabilização clínica dos utentes em fase de descompensação aguda da sua doença psiquiátrica. Garantir a articulação e comunicação com as outras Unidades do Departamento, mantendo a continuidade dos cuidados pós-alta. Assim como promover a melhoria contínua da qualidade no atendimento, e promover a investigação e a formação profissional.

A área de atendimento encontra-se subdividida em quatro sectores geo-demográficos:

O serviço de internamento é uma Unidade situada no piso 0 do Centro Hospitalar a sul do Tejo. Possui 21 camas distribuídas por oito enfermarias (cinco enfermarias de três camas e três enfermarias de uma cama). Dentro da Unidade situam-se ainda um gabinete médico, o gabinete do Director de Departamento, o gabinete do Enfermeiro Chefe, salas de enfermagem, secretariado, uma sala de convívio dos doentes e o refeitório. O acesso à Unidade faz-se através de uma porta principal com chave própria, de modo a garantir a segurança dos doentes compulsivos aí internados.

A Unidade dispõe atualmente de dois médicos a tempo completo (um dos quais Coordenador da Unidade), quinze enfermeiros (um Enfermeiro Coordenador e catorze enfermeiros em sistema

de rotação), uma técnica de serviço social, uma terapeuta ocupacional, uma secretária de unidade e onze assistentes operacionais.

- Funciona diariamente das 0:00 às 24:00 horas em regime de porta aberta, com exceção dos doentes internados compulsivamente, sujeitos aos princípios da Lei de Saúde Mental.
- As visitas são diárias entre as 16:30 e as 18:30 horas. De forma excecional as visitas poderão entrar entre as 19:30 e as 20:30 horas, quando autorizadas para tal pelo psiquiatra.
- Cada utente poderá efetuar gratuitamente uma chamada diária entre as 12:00 e as 12:30 horas e receber chamadas do exterior entre as 17:30 e as 18:00 horas.
- As refeições são servidas no refeitório e são supervisionadas pela Equipa de Enfermagem, nos seguintes horários: Pequeno-almoço: 9:30; Almoço: 13:00; Lanche: 16:30; Jantar: 19:00; Ceia: 21:00.
- Semanalmente realiza-se uma reunião multidisciplinar, entre os vários profissionais de saúde, onde são discutidos aspetos relacionados com o plano de cuidados, evolução do utente ao longo do internamento e planeamento da alta.
- Os cuidados de enfermagem são assegurados de acordo com a seguinte distribuição de turnos: Turno da Manhã (8:00 às 16:15 horas) - 2 enfermeiros; Turno da Tarde (16:00 às 23:15 horas) - 2 enfermeiros; Turno da Noite (23:00 às 8:15 horas) - 2 enfermeiros. A distribuição dos doentes é feita no início de cada turno pelo enfermeiro chefe ou chefe de Equipa.
- Os utentes são observados regularmente pelo mesmo médico que lhe foi atribuído à entrada, dependendo da área geo-demográfica a que pertence.
- Os utentes com necessidade de apoio por parte do Serviço Social são discutidos e referenciados à Técnica de Serviço Social (TSS) na reunião semanal de passagem dos doentes.

2.2 Hospital de Dia de Oncologia

O serviço de Oncologia tem como missão prestar cuidados de saúde especializados e multidisciplinares ao doente oncológico, numa perspetiva holística, diferenciando-se pela sua

especificidade, assumindo-se como um Serviço de elevada competência, desenvolvimento e inovação na prestação dos cuidados ao doente e família face à doença oncológica, visando a satisfação das suas necessidades adaptadas às diferentes fases da doença. Mantém ainda atividades complementares de ensino Pré e Pós-Graduado, de Formação e de Investigação Clínica. A Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHSCP) está integrada no espaço do Serviço de Oncologia e tem como missão a Promoção da Qualidade de Vida dos doentes com doença incurável avançada e apoio aos seus familiares e/ou cuidadores informais, consultadoria e orientação aos profissionais de saúde.

Este Serviço disponibiliza a todos os seus doentes serviços de Hospital de Dia, Internamento e Consultas.

Consultas Medicas Especializadas:

- Oncologia Médica; Hematologia Oncológica; Pneumologia Oncológica; Urologia Oncológica; Dermatologia Oncológica e Follow-up de Melanomas; Psiquiatria; Psicologia; Nutrição;

Consulta Decisão Terapêutica: De Mama; De Ginecologia Oncológica; Do Andar Supra Mesocólico; Do Andar Infra Mesocólico; De Pneumologia Oncológica; De Cabeça e Pescoço, Pele e Sarcomas; De Urologia Oncológica; De Hematologia.

Consulta Multidisciplinar de Cuidados Paliativos:

Consultas de Enfermagem: Ao Doente que inicia Programa Terapêutico; Programada de Controlo Sintomático; Não Programada de Controlo Sintomático; Não Presencial Programada (Via telefone); De Follow-up; Ao Doente Ostomizado a realizar Quimioterapia e/ou Radioterapia.

A equipa de enfermagem desenvolve ainda os projetos:

- Hospital na Comunidade - Apoio complementar/integrativo dos cuidados ao doente oncológico;
- A Escola como Parceiro na Humanização dos Cuidados.

O Serviço de Oncologia colabora com todos os Serviços do Hospital a sul do Tejo. A nível externo articula-se com vários Serviços no âmbito da continuidade dos cuidados prestados na

Consulta de Cuidados Paliativos, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e com a Coordenação Regional do Sul do Registo Oncológico, sediada no IPO de Lisboa, no âmbito da realização do Registo Oncológico Hospitalar.

O horário de atendimento da Área de Ambulatório, Consulta Externa e Hospital de Dia, do Serviço de Oncologia é das 8:00 horas às 20:00 horas, nos dias úteis. No entanto os serviços farmacêuticos só preparam medicação até às 15:30, mantendo-se à semelhança dos anos anteriores o atraso nas primeiras preparações. No entanto, o facto do horário da preparação da medicação ser contínuo facilita uma melhor gestão no agendamento dos tratamentos de quimioterapia.

A consulta de enfermagem passou a abranger as seguintes áreas de intervenção: Consulta de enfermagem ao doente que inicia programa terapêutico; Consulta de enfermagem programada de controlo sintomático; Consulta de enfermagem não programada de controlo sintomático; Consulta de Enfermagem de Follow-up; Consulta de Enfermagem Não Presencial - atendimento telefónico do doente oncológico e Consulta de Enfermagem aos doentes ostomizados a fazer quimioterapia e /ou radioterapia.

Hospital de Dia

O Hospital de Dia tem como principais atividades a administração de Terapêutica Oncológica e de Suporte. Relativamente à estrutura física tem ao dispor:

- Uma Sala com 11 Unidades de doentes destinadas à administração de Quimioterapia/Imunoterapia Sistémica, Intravesical e Intratecal;
- Uma Sala com 4 unidades de doentes para administração de terapêutica de suporte;
- Uma Sala com 2 Camas para doentes dependentes, acamados e fase paliativa;
- Uma sala de triagem e técnicas complementar de diagnóstico e terapêutica;
- Os cuidados prestados aos doentes nestas áreas são planeados, organizados e monitorizados de forma a otimizar os recursos disponíveis, contribuindo para a eficácia e eficiência dos mesmos;
- Diariamente está escalado um médico para a urgência interna do serviço. Inclui o Hospital de Dia, Internamento e apoio ao serviço de Urgência Geral;

- Ao nível dos recursos humanos, o hospital dia de oncologia possui uma equipa multidisciplinar constituída por 10 enfermeiros que se dividem por rotatividade, 4 assistentes operacionais, 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 1 nutricionista 3 administrativos, 2 telefonistas e 10 médicos oncologistas. (5 oncologistas, 1 urologista, 3 hematologista e 1 dermatologista;
- A equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros, dos quais um assume funções de gestão (chefia). Os restantes 9 enfermeiros encontram-se distribuídos, 2 destacados aos cuidados paliativos e os outros 7 rodam pela sala de enfermagem, sala de urgência e consulta de enfermagem;

Assim, ao nível da formação, verifica-se que o Enfermeiro que possui funções de chefia é especialista em Enfermagem de médico-cirúrgica, existem mais 2 enfermeiros mestres, um em saúde mental e o outro em médico-cirúrgica, um enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

3 - METODOLOGIA DE PROJETO

No decorrer do estágio II, realizado no Hospital de dia de oncologia de um Centro Hospitalar no sul do país um dos objetivos do mesmo prendia-se com o desenvolvimento de um Projeto no serviço. Assim e de acordo com a metodologia de projeto, identificamos uma problemática presente no serviço onde decorreu o estágio, tendo por base o contexto profissional.

De acordo com Ruivo *et al.* (2010), a metodologia do projeto é definida como uma investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias de intervenção eficazes para a sua solução. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real.

Com efeito a utilização da evidência científica conduz à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo assim de forma inequívoca para o desenvolvimento dos cuidados mais adaptados em prol da qualidade de vida das pessoas com doenças. Neste sentido, as pesquisas devem ser efetuadas através de um formato sistematizado, dado ser o método mais sofisticado para a aquisição do conhecimento (Polit e Beck, 2011).

No decorrer do estágio II, realizado no Centro Hospitalar no sul do país com a intenção de desenvolver um Projeto no Serviço realizamos uma revisão sistemática da literatura sobre a temática de interesse ao nível da investigação. Deste modo, neste subcapítulo apresentamos conceções teóricas relativamente à metodologia e modelo da revisão.

Segundo Fortin (1999) a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.

3.1 Prática Baseada na Evidência: A Revisão Integrativa da Literatura

A prática baseada em evidência (PBE) consiste na aplicação de forma consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência atual na tomada de decisão inerente ao cuidar individual da pessoa. É o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, utilizando provas científicas existentes e

disponíveis no momento, que detêm validade interna e externa, para a aplicação dos seus resultados na prática clínica (Sackett *et al.*, 1996).

Segundo os autores Sampaio e Mancini (2017) a PBE retrata uma abordagem que surge da necessidade de se aprimorar a prática clínica e a qualidade do ensino. Tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência na tomada de decisões clínicas sobre a prestação de cuidados, tendo em consideração as necessidades individuais e preferências da pessoa.

Ou seja, a PBE, garante que os cuidados de saúde sejam fundamentados em evidência científica, válida e relevante, resultando de pesquisas e avaliação sustentadas, para além de ser, estimular e gerar frequentemente ideias para futuras investigações, tendo assim como resultado uma abordagem mais eficaz aos problemas no que respeita à prestação de cuidados (Craig e Smyth, 2004).

De acordo com, o Protocolo do Joanna Briggs Institute, a PBE contempla cinco etapas. Inicialmente formula-se uma questão de investigação que resulta da necessidade ou problema a resolver. Posteriormente efetua-se pesquisa bibliográfica em bases de dados fidedignas, com a finalidade de obter a melhor evidência relacionada com a questão. Seguidamente, os documentos encontrados são avaliados relativamente à validade, confiabilidade metodológica e aplicabilidade clínica. Na fase seguinte, aplica-se na prática clínica a informação que se obteve da literatura investigada. Por fim, avalia-se a mudança da prática que constitui a última etapa da prática baseada na evidência (Chicória, 2013).

De forma a sintetizar o conhecimento produzido e a separar os estudos pertinentes daqueles irrelevantes surge a necessidade de se realizarem Revisões Sistemáticas da Literatura (RSL) (Pereira e Bachion, 2006). As RSL surgem de forma a dar resposta a este desafio, através da identificação, avaliação e síntese de evidência baseada na investigação e da sua apresentação num formato acessível (Lefaiivre e Slobogean, 2013).

Existem outros métodos da PBE, sendo a Revisão Integrativa da literatura (RIL) um deles. A RIL a distingue-se da RSL por se tratar de um método de pesquisa que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de forma sistemática, ordenada e abrangente. Enquanto a RSL é um método utilizado para responder a uma pergunta específica

sobre um problema específico concreto da área da saúde, ou seja, consiste numa síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica sobre a causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Segundo Fortin (1999) a RIL consiste em pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores, que deve seguir um protocolo de pesquisa.

Ou seja, dentro da metodologia de projeto adotamos a abordagem metodológica da RIL, uma vez que pretendemos conhecer a síntese de estudos primários, que possuem objetivos, materiais e métodos claramente explicitados perante as intervenções de enfermeiros na promoção da Esperança, que será conduzida como RIL, garantindo-se um processo metodológico claro e reproduzível (Lopes e Fracolli, 2008).

3.2 O Modelo de Referência Metodológica para Revisões Integrativas do Instituto Joanna Briggs

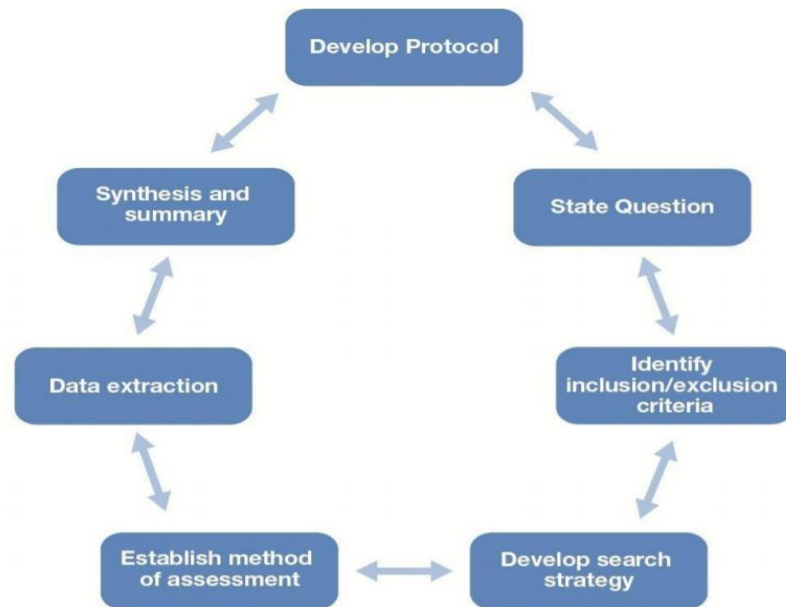
O instituto de Joanna Briggs (JBI), é um órgão internacional de investigação, desenvolvimento e organização especializado na pesquisa em enfermagem baseada em evidência, sem fins lucrativos. É um instituto internacionalmente reconhecido da University of Adelaide e da Faculty of Health Sciences estabelecido em 1995 e tornando-se efetivo do ponto de vista operacional em 1996 (JBI, 2011).

O JBI (2011) tem como principal função viabilizar e identificar os resultados oportunos, úteis e eficazes das práticas e cuidados de saúde, facilitando a colaboração internacional entre os centros colaboradores, grupos e profissionais especialistas. Tem, ainda, como objetivo, a liderança na produção, disseminação e provisão das melhores evidências científicas, para que a tomada de decisão clínica seja fundamentada no momento do atendimento ao cliente.

Como refere JBI (2011), a RIL faz essencialmente uma análise de toda a evidência disponível e um juízo sobre a eficácia ou não eficácia de uma prática, que pressupõe várias etapas.

De acordo com JBI (2011), uma RIL envolve a análise de toda a literatura disponível para determinar a eficácia (ou não) de uma determinada prática. Assim, o presente estudo segue as etapas do protocolo de pesquisa preconizadas pelo JBI (2015), e que consistem: na formulação da questão para a elaboração da revisão sistemática da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

Figura 2 - Protocolo Joana Briggs (2015)



3.3 Diagnóstico de Situação

A fase de diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto e consiste na identificação de problemas, através da otimização da aplicação de instrumentos de colheita de dados e da análise da informação daí obtida (Ruivo *et al.*, 2010, p. 10).

Assim, um estudo de investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, a definição de um problema que o investigador necessita de resolver, ou como uma questão que ele próprio precisa de responder, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. Qualquer problemática envolve uma situação com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a resolução (Polit *et al.* 2004, p.52; Fortin 1999, p.48).

A pertinência do estudo da problemática da pessoa com doença oncológica decorre de um conjunto de interesses e motivações pessoais, profissionais, técnico-científicas e académicas. Durante a realização do estágio ao longo da primeira semana, na reunião de orientação a estudante, a docente e a Enfermeira orientadora discutiram possibilidades de problemas do serviço que a estudante pudesse contribuir com uma resposta de intervenção de Enfermagem de Saúde Mental, visando responder aos objetivos do estágio, convergindo os interesses do serviço face à necessidade identificada, associada ao interesse pessoal na temática e, no âmbito técnico-científico, ser um foco com necessidade de ser aprofundada, elegeu-se o tema da Esperança, no cuidado de enfermagem de Saúde Mental à pessoa com doença oncológica, em hospital de dia. Também, de acordo com os dados nacionais do Programa prioritário das doenças oncológicas a segunda causa de morte em Portugal deve-se às doenças oncológicas. Com as mudanças de estilos de vida e o envelhecimento a incidência de novos casos tem aumentado. Por outro lado, os sucessos terapêuticos têm contribuído para o aumento do número de sobreviventes de cancro. Assim, sentimos como muito importante contribuir para ajudar as pessoas com este tipo de doença a identificar as suas necessidades e a investir com elas na melhoria da sua saúde mental, através da comunicação da esperança, mas igualmente conhecendo e ajudando a re-significar o significado pessoal que atribuem à doença. Neste sentido, compreendemos, ser importante procurar os dados de evidência disponíveis sobre este problema, que operacionalizámos na questão de investigação.

3.4 Definição de Objetivos

De forma a poder realizar a síntese da evidência existente sobre as intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de Esperança à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia,

consideramos que a melhor opção metodológica seria a realização de uma revisão integrativa da literatura. Consideramos que poderíamos ter ido mais além e ter realizado uma pesquisa mais alargada, com a inclusão de outras bases de dados e mesmo outras estratégias de pesquisa, contudo fatores vários, dos quais destacamos limitações temporais e de acesso às publicações por parte do investigador, tiveram um peso determinante na decisão. Deste modo, decidimos que a pesquisa para esta RSL seria feita apenas nas bases de dados do motor de busca EBSCO e na Pubmed, por considerarmos que estas reúnem a melhor evidência científica obtida, sendo bases de dados de referência, agregadoras de conteúdos científicos dos repositórios institucionais das mais diversas áreas, em Portugal (Ferreira, 2019).

De forma a conseguirmos responder adequadamente à questão de investigação torna-se imperativo a definição de objetivos, como refere Fortin (1999 p.100), a definição do objetivo do estudo consiste em indicar o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.” Assim, para esta RSL definimos como objetivo geral, identificar intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de Esperança à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia. Tendo em conta a questão inicial, definimos também como objetivos específicos, que enumeramos de seguida:

- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tema: quais as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de Esperança à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia;
- Produzir uma proposta de plano geral de intervenção do cuidado relacional de ajuda na comunicação de esperança;
- Elaborar um plano de formação dirigida aos enfermeiros do serviço de oncologia dando a conhecer o resultado do estudo;
- Elaborar um artigo científico.

3.5 Planeamento

Como referimos anteriormente, optámos por adotar o Protocolo da JBI para responder ao problema identificado, procurando identificar a evidência existente sobre o mesmo. Assim e retornando às etapas do protocolo de pesquisa já mencionadas, este capítulo do planeamento

apresentará o trabalho de pesquisa realizado, devidamente explicitado em cada uma das fases que se apresentará.

A primeira etapa para a realização de uma RIL consiste na identificação de um problema e na formulação de uma questão de investigação que seja pertinente e de interesse para a enfermagem (Ganong, 1987; Mendes *et al.*, 2008, cit por Sousa *et al.*, 2017). (Ferreira, 2019).

Assim, numa primeira fase e tendo por base o acrónimo PICO (JBI, 2015), significando: *patient* (utente), *Intervention* (Intervenção), *Comparison* (Comparação) e *Outcome* (Resultado), tendo o objetivo de decompor e organizar um problema que o profissional vê na sua prática clínica, foi fórmulada a seguinte questão de investigação: “Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na promoção da esperança à pessoa com doença oncológica?”. De forma a tornar perceptível a génese da pergunta foi elaborado o quadro que se expõe de seguida.

Quadro nº 2 - Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação

Participantes	Quem foi estudado?	Doentes com doença oncológica em tratamento de quimioterapia	Descritores: <i>Hope Nursing Mental health Oncology Patients</i>
Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem na área de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção de Esperança	
Comparação ou controlo	Existe comparação de tratamentos?	Não se verifica	
Outcomes (resultados)	Resultados/efeitos ou consequências	Quais as Intervenções de Enfermagem na área de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção de Esperança de pessoas com doença oncológica	

Tal como a etapa anterior a etapa do estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, é igualmente importante, quando se inicia a elaboração de uma RSL, uma vez que todas as decisões a tomar aquando da pesquisa devem ter em consideração os critérios de inclusão e exclusão dos estudos que forma previamente definidos (Ganong, 1987; Mendes *et al.*, 2008, citado por Sousa *et al.*, 2017).

Assim, de forma, a manter a coerência entre a questão de investigação e a fase da pesquisa nas bases de dados, tornou-se fundamental definir critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão definidos visaram identificar estudos que trouxessem respostas à questão de investigação. Assim, contemplaram-se estudos empíricos, de natureza qualitativa e quantitativa, disponíveis em bases de dados com texto integral em língua inglesa, estudos empíricos referentes a teses de mestrado e doutoramento cujos participantes fossem pessoas com doença oncológica em programa de quimioterapia, em hospitais de dia com idade superior a 19 anos.

Os critérios de exclusão foram todos os artigos de opinião e que não contemplassem mais de duas ou três das palavras-chave a definir.

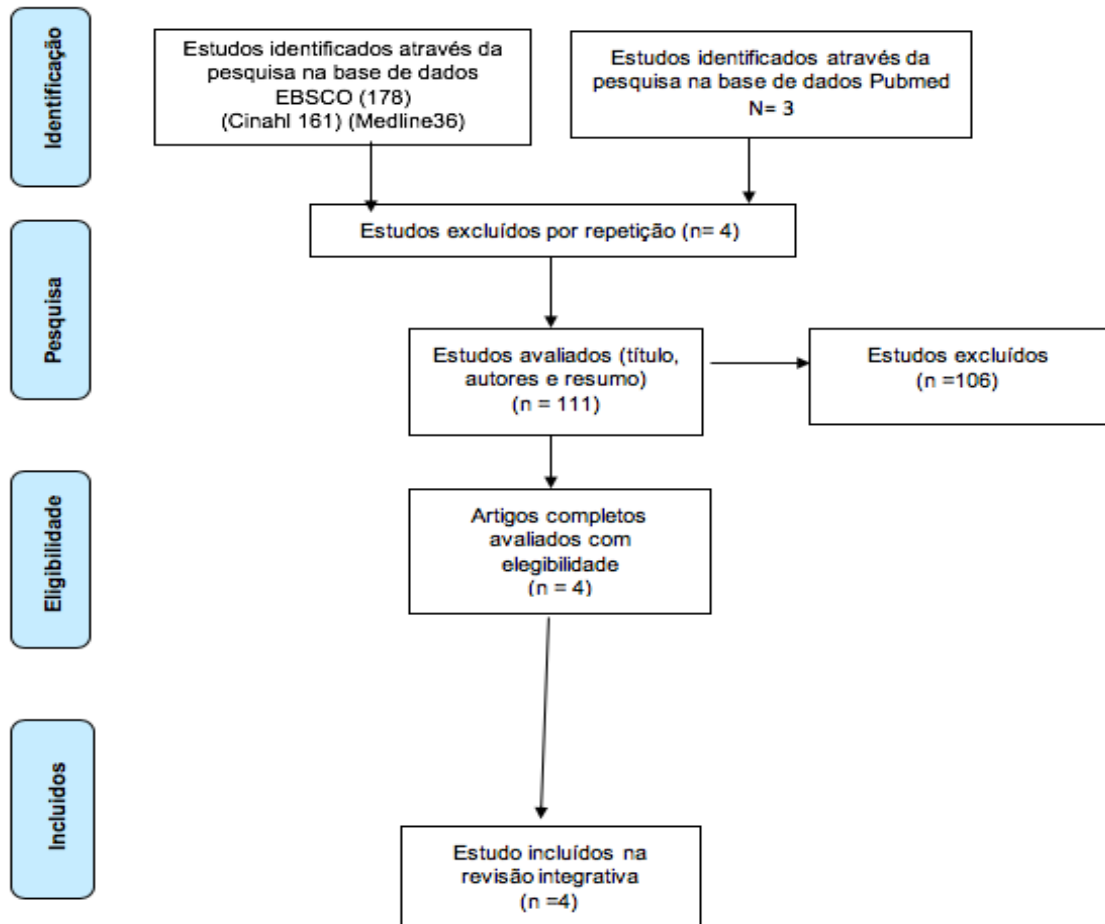
A fase seguinte do protocolo de pesquisa respeita à definição da estratégia de pesquisa. Foram definidas quatro palavras-chave. Os termos foram confirmados e, estão considerados nos descritores em Ciências da Saúde – DeCs, sendo estes: *Hope; Nursing; Mental health; Oncology Patients*. Foram realizadas pesquisas através do motor de busca EBSCO, nas seguintes bases de dados: Pub Med, CINAHL® *Plus e Medline*, com um limite temporal entre janeiro 2011 e dezembro 2018.

No período da pesquisa, foi utilizado o expansor: “pesquisar também texto integral dos artigos” e, os limitadores utilizados: de “texto integral”, “revisto por especialistas”, Idioma “*english*”. Realizaram-se pesquisas com associações entre as palavras/termos de pesquisa (usando o operador booleano AND).

Através da pesquisa na base de dados obtiveram-se 197 artigos. Após leitura do título e tendo em conta novamente os critérios e a metodologia de JBI foram selecionados 111 artigos. Posteriormente procedeu-se a leitura dos resumos e identificação da população em estudo, eliminando-se 107 artigos.

Apresenta-se o fluxograma referente à estratégia de pesquisa.

Figura 3 - Estratégia de Seleção dos Artigos



A quarta fase do protocolo da JBI (2011) visa a avaliação crítica e qualidade metodológica dos artigos selecionados. Segundo o Cochrane handbook of systematic reviews of interventions (Higgins e Greens, 2011) numa pesquisa torna-se fundamental a definição de estratégias e métodos para controle de viés e, para a obtenção de resultados efetivos.

Assim, utilizaram-se os recursos disponibilizados pelo JBI - Assessment Tools – para a realização da análise metodológica dos estudos selecionados, em concordância com o desenho do estudo de cada um. Foram incluídos nesta revisão integrativa da literatura, 4 artigos que obtiveram mais de 60% de respostas positivas, no conjunto de itens dos diversos instrumentos de avaliação da qualidade metodológica.

Quadro nº 3 - Estudos incluídos na Revisão Integrativa da literatura, população/amostra e sua caracterização

Identificação do estudo (referência)	Nível de evidência JBI	Qualidade metodológica
E1. Monteiro, A. (2012). Da desesperança à esperança – Intervenções de enfermagem de saúde mental. Saúde e Ciência.	Revisão Crítica da literatura	Evidência fraca
E2. Stavarski, D. (2018). A Descriptive Study of How Nurses Can Engender Hope. <i>MEDSURG Nursing</i> , 27(1), 24–31.	Estudo descritivo correlacional	Evidência moderada
E3. Wakiuchi, J., Marchi, J., Norvila, L. Marcon, S., Sales, C. (2015). Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. <i>Acta PaulEnferm.</i> 28(3): 2002-8.	Estudo quantitativo, de corte transversal	Evidência moderada
E4. Rusten, T., Cooper, B., Miaskowski, (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. Elsevier: <i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Estudo Longitudinal	Evidência moderada

Constata-se que os estudos E2, E3 e E4 correspondem a fontes primárias de informação, o estudo identificado com o n.º 2 trata-se de um estudo descritivo correlacional, o estudo identificado com o n.º 3 corresponde a um estudo quantitativo de corte transversal e o estudo identificado com o n.º 4 é um estudo longitudinal. Os restantes identificados com o n.º 1 corresponde a uma revisão crítica da literatura.

3.6 Extração dos Dados

Quadro nº 4 - Extração de dados/resultados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura

Identificação do estudo (referência)	Nível de evidência JBI	Qualidade metodológica	Objetivo do estudo	Resultados
E1. Monteiro, A. (2012). Da desesperança à esperança – Intervenções de enfermagem de saúde mental. Saúde e Ciência.	Revisão Crítica da literatura	Evidência fraca	Refletir sobre a utilização de estratégias de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	A Esperança é um processo existencial que pode ser construído no contexto de uma relação terapêutica. Existem estratégias concretas de promoção de esperança que podem ser implementadas: ajudar o doente a refletir sobre o percurso e narrativa de vida de uma forma consciente; trabalhar a memória, permitir ao doente o cultivo de reminiscências ou memórias positivas; incentivar a leitura e a escrita como ferramentas de organização da esperança; promover o sentido de continuidade existencial e o reforço das relações significativas com outros; facilitar a expressão de crenças espirituais e práticas religiosas.

(continuação)

Conclusões	<p>Para além de complexa e multidimensional na vivência de situações de doença e sofrimento emocional e ser foco de promoção de bem-estar e de saúde Mental a Esperança deve ser assumida como foco de intervenção dos enfermeiros.</p> <p>No contexto de uma relação terapêutica as intervenções sobre esperança quer em narrativas terapêuticas, técnicas cognitivo-comportamental focadas na resolução de problemas, estratégias de contato com a realidade ou terapias de grupo podem ser utilizadas em enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica.</p> <p>As técnicas e instrumentos concretos para promover a esperança em pessoas com doença mental podem ser analisadas caso a caso, numa perspetiva dinâmica podendo ser utilizadas escalas/questionários e instrumentos validados na avaliação dos níveis de esperança e na monitorização dessas intervenções.</p>
-------------------	---

Identificação do estudo (referência)	Nível de evidência JBI	Qualidade metodológica	Objetivo do estudo	Resultados
E2. Stavarski, D. (2018). A Descriptive Study of How Nurses Can Engender Hope. <i>MEDSURG Nursing</i> , 27(1), 24–31.	Estudo descritivo correlacional	Evidência moderada	Perceções dos doentes das intervenções de enfermagem geradoras de esperança Perceção da enfermagem das suas intervenções Perceção dos doentes da esperança e dos seus 3 fatores (cognitivo-temporal, afetivo-comportamental, inter-relacional Atributos (experiential, relacional, espiritual e racional)	Estatisticamente existe uma diferença significativa entre pontuação HENI enfermeiros e doentes Baixo valor dos doentes por falta de diálogo com os enfermeiros? Por admissão maioritariamente por vias de emergência? Por colheita de questionário nos primeiros 3 dias não permitindo tempo para os doentes se ligarem a equipa de enfermagem? Excesso de trabalho dos enfermeiros e falta de tempo. 97 doentes que completaram questionário, com vários tipos de patologias (> patologia cardíaca) HENI (intervenções do enfermeiro promotor de esperança) consiste nos quatro atributos (experiential, relacional, espiritual/transcendente e o racional/pensamento). <u>-Experiential:</u> mede comportamentos do enfermeiro que promovem sensação de esperança através de comportamentos tais como oferecer encorajamento. <u>-Relacional:</u> facilitadores de relações interpessoais Espiritual: sensação de fé e acomodação ao sistema de fé do doente -Racional: ações como definir objetivos, partilha de histórias de esperança e obtenção de recursos.
Conclusões	Primeiro estudos de investigação de como os enfermeiros podem promover a esperança. Necessidade de formação de enfermagem em estratégias de esperança e seu papel é fundamental			

Identificação do estudo (referência)	Nível de evidência JBI	Qualidade metodológica	Objetivo do estudo	Resultados
E3. Wakiuchi, J., Marchi, J., Norvila, L., Marcon, S., Sales, C.	Estudo quantitativo, de corte transversal	Evidência moderada	Medir o nível de esperança de vida em pacientes oncológicos	60 pacientes com doença oncológica, que iniciaram quimioterapia Os dados foram coletados em entrevista semiestruturada realizada por ocasião do primeiro e do último ciclo de quimioterapia

(continuação)

<p>(2015). Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Acta PaulEnferm. 28(3): 2002-8.</p>			<p>no início e no final do tratamento quimioterápico e verificar os fatores associados nos dois momentos</p>	<p>Foi também verificada a intensidade de dor dos pacientes, através da Escala Visual Numérica As principais localizações dos tumores foram em mamas (dezanove casos), cólon/recto (nove) e pulmão (sete) e, o tempo médio de diagnóstico foi de 12 meses. Uma parcela de 36,6% já havia realizado tratamento prévio não quimioterápico. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre os níveis de esperança dos indivíduos e a presença de metástase, no primeiro e segundo momentos, sendo que as pessoas com metástase apresentaram scores mais baixos. Pacientes em terapia curativa apresentaram medianas de esperança significativamente maiores no segundo momento de entrevista, com a mediana de 40,5 pontos A presença de dor leve mostrou-se como fator contribuinte na esperança dos pacientes nos dois momentos, com mediana de 37 pontos. O tempo de diagnóstico superior a seis meses e realização de terapia anterior, influenciaram negativamente os scores de esperança dos pacientes, porém, sem significância estatística</p>
<p>Conclusões</p>	<p>Conclui-se que existem variáveis que interferem nos níveis de esperança do doente oncológico e a forma como o enfermeiro pode contribuir para a sua manutenção e promoção: Variáveis demográficas, idade, sexo, habilitações literárias ..., - variáveis clínicas, está diretamente ligada á aceitação e compreensão do diagnóstico e prognóstico, estes são essenciais para a definição de objetivos de vida futuros.</p> <p>Conclui-se também que dependendo do estágio da doença e a presença de metástases não existe interferência no nível de esperança que a progressão da doença parece estar associada a menores níveis de esperança.</p> <p>As pessoas com cancro em quimioterapia demonstraram apresentar níveis elevados de esperança no início e no final do tratamento, de modo que os efeitos colaterais não foram suficientes para diminuir a esperança destes indivíduos. O nível de esperança aumentou no final do tratamento, mas não significativamente, sendo que, fatores que influenciaram este aumento foram maior escolaridade, ausência de metástases, tratamento curativo ou adjuvante e ausência de dor moderada a forte.</p>			

Identificação do estudo (referência)	Nível de evidência a JBI	Qualidade metodológica	Objetivo do estudo	Resultados
<p>E4. Rusten, T., Cooper, B., Miaskowski, (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology</p>	<p>Estudo Longitudinal</p>	<p>Evidência moderada</p>	<p>Determinar o efeito da intervenção esperança (HOPE-IN) nos níveis de esperança e sofrimento psíquico, antes da intervenção (T1), após (T2), 3 meses (T3) e 12 meses (T4) após a intervenção; determinar os efeitos do HOPE-IN nas mudanças</p>	<p>Um total de 194 participantes foram incluídos neste estudo. Como mostra a maioria dos participantes era do sexo feminino (81%) e casada, possuía formação superior, estava desempregada e tinha diagnóstico de câncer de mama. O tempo médio desde o diagnóstico de cancro foi de 2,9 anos (SD 4,3). Aproximadamente 56% dos participantes foram recebendo tratamento contra o câncer no início do estudo. Na 2ª avaliação, 3ª e 4ª, 26,5%, 25,5% e 24,5%, respetivamente, haviam recebido recentemente tratamento. Mais de 95% dos participantes relataram que o HOPE-IN foi "Muito" ou "bastante útil" para eles. Em comentários abertos neste item, os participantes enfatizaram que era útil outros na mesma situação que eles e para colocar um nome os sentimentos deles. Estes comentários foram congruentes com o facto de que</p>

(continuação)

<p>patients. Elsevier: European Journal of Oncology Nursing</p>			<p>no nível de esperança dos pacientes após o controle dos níveis basais de sofrimento psicológico; e avaliar o nível de satisfação dos pacientes com o HOPE-IN.(é um programa de 8 sessões semanais , sendo cada de 2 horas realizadas em grupos.</p>	<p>67% dos participantes avaliaram a experiência de conhecer outras pessoas a mesma situação como muito positiva. 27% por cento dos participantes queriam que o curso durasse mais de 8 semanas. Eles sugeriram que cada reunião durasse mais de 2 horas e estender além de 8 semanas. Mais de 80% dos participantes relataram um relacionamento positivo com o líder do grupo. Quando solicitado comentários adicionais sobre o conteúdo do curso, mais de 31% dos participantes sugeriram mais de 36 novos tópicos (por exemplo, morte, tratamento complementar do câncer). Finalmente, quando solicitado a avaliar o conteúdo que era mais importante para eles, o curso como um todo, crença em si mesmo, relacionamentos com a família e amigos, e reações emocionais foram as respostas mais comuns.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>Não é possível determinar quais os componentes da intervenção que tiveram os maiores efeitos sobre a esperança Estudos futuros precisam avaliar fatores que influenciam os níveis de esperança em amostras comunitárias de pacientes oncológicos, incluindo o medo de recidiva do câncer, incerteza sobre o futuro, sentimentos associados à síndrome do estresse pós-traumático. Mais de 25% dos participantes desejavam que o HOPE-IN fosse mais longo. Conclui -se que um aumento significativo da esperança de T1 para T2 e uma diminuição ligeira de T2 para T4, em relação ao sofrimento psicológico, verifica-se uma redução de T1 para T2, e ligeira redução de T2 para T4. Estudos futuros precisam avaliar quais componentes de uma intervenção cognitivo-comportamental são específicos para esperança versus sofrimento psicológico. Os achados deste estudo sugerem que o HOPE-IN é eficaz em melhorar a esperança e diminuir o sofrimento psicológico em pacientes com câncer que vivem na comunidade.</p>			

3.7 Apresentação da Revisão/Síntese do Conhecimento Produzido

Como referido anteriormente cumprimos a aplicação de todos os critérios de inclusão e exclusão, procedemos à análise dos mesmos de acordo com os recursos para avaliação crítica e metodológica do JBI (2011), tendo estas fase permitido a categorização dos estudos, bem como a sua análise, para compreensão da qualidade dos estudos selecionados a serem incluídos na revisão, tendo sido considerados estudos fiáveis.

Posteriormente procedeu-se à extração de resultados, procedeu-se à sua análise e discussão, tendo como objetivo responder à questão de investigação orientadora desta revisão.

Após a análise, verificamos que a evidência científica obtida existente é reduzida, conseguindo dar uma resposta parcelar à questão de investigação e cumprir os objetivos formulados.

O número reduzido de estudos selecionados e analisados sobre intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na promoção da esperança à pessoa com doença oncológica sugere, parca abordagem científica sobre esta temática. Constatou-se também que a maioria dos estudos foram realizados no Brasil, não se tendo conseguido identificar a realização de artigos sobre esta temática em Portugal. Existindo consciência das limitações, apresenta-se a discussão possível dos resultados obtidos, mas também a identificação de uma área de enfermagem a merecer ser melhor investigada.

De acordo com Monteiro (2012) existem estratégias concretas de promoção de esperança que podem ser implementadas, tais como, ajudar o doente a refletir sobre o percurso e a narrativa de vida, trabalhar a memória, incentivar a leitura e a escrita como forma de organizar a esperança, para além de incentivar o sentido de continuidade existencial e o reforço das relações significativas com outros, facilitar a expressão de crenças espirituais e práticas religiosas. Assim no contexto de relação terapêutica, as intervenções sobre esperança podem ser utilizadas em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Segundo o estudo de Stavarski (2018) que pretendeu verificar a perceção dos doentes das intervenções de enfermagem geradoras de esperança e a perceção dos enfermeiros sobre a sua intervenção, sendo o primeiro estudo de investigação sobre como os enfermeiros podem promover a esperança, constatou-se que os enfermeiros reconhecem a necessidade de formação ao nível das estratégias de promoção de esperança.

No estudo realizado por Wakiuchi, J., Marchi, J., Norvila, L. Marcon, S., Sales, C. (2015) pretendendo medir o nível de esperança de vida em pacientes oncológicos no início e no final de vida do tratamento, e verificar os fatores associados nos dois momentos, utilizou-se a Escala de Esperança de Herth, que avalia a esperança utilizando afirmativas com respostas apresentadas em escala do tipo Likert de quatro pontos com um *score* final entre 12 e 48 pontos. Um maior *score* traduz um maior nível de esperança. Os autores observaram diferença estatisticamente significativa entre os níveis de esperança dos indivíduos e a presença de metástase, no primeiro e segundo momentos, sendo que as pessoas com metástase apresentaram *score* mais baixos. Os

utentes em terapia curativa apresentaram médias de esperança significativamente maiores no segundo momento de entrevista, com uma média 40,5 pontos.

A presença de dor leve mostrou-se como fator contribuinte na esperança dos utentes nos dois momentos, com uma média de 37 pontos. O tempo de diagnóstico superior a seis meses e realização de terapia anterior, influenciaram negativamente os valores de esperança dos utentes, porém, sem significância estatística. Ou seja, existiram variáveis, como a idade, sexo, habilitações literárias e variáveis clínicas que influenciaram os níveis de esperança do doente oncológico e a forma como o enfermeiro pode contribuir para a sua manutenção e promoção, pois influenciam a aceitação e compreensão do diagnóstico, sendo também essenciais para a definição de objetivos de vida futura. O estágio da doença e a presença de metástases não interferiram no nível de esperança. Constatou-se também que os efeitos colaterais não são suficientes para diminuir a esperança destes. Contudo verificou-se que as pessoas com níveis de escolaridade superior, a ausência de metástases, o tratamento curativo ou adjuvante e a ausência de dor moderada/forte apresentam níveis de esperança superiores.

Por fim, no estudo de Rustoen, T., Cooper, B., e Miaskowski, (2011), que visou avaliar o efeito da intervenção designada por HOPE-IN nos níveis de segurança e no sofrimento psicológico. O HOPE-in é um programa 8 sessões semanais (sendo cada de 2 horas realizadas em grupo) realizadas antes da intervenção (T1), no final da intervenção (T2), bem como ao terceiro (T3) e décimo segundo mês (T4) após a realização das sessões. Nestas sessões são abordados temas como a crença em si próprio, a autoeficácia, reações emocionais, relações interpessoais, valores e crenças espirituais e, por fim expectativas futuras. Concluiu-se que num total de 194 participantes, mais de 95% referem que o HOPE-IN foi muito ou bastante útil para eles; Cerca de 67% dos participantes avaliaram as experiências de conhecer outras pessoas na mesma situação como muito positiva; e 27% queriam que o curso tivesse uma duração superior. Por fim, sugere que estudos futuros deverão avaliar quais os componentes de uma intervenção cognitiva comportamental são específicos para a esperança e aqueles para o sofrimento psicológico.

Em resposta à questão de investigação orientadora desta revisão, “Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na promoção da esperança à pessoa com doença oncológica?” Podemos identificar um grupo de intervenções de enfermagem promotoras de esperança ao nível da pessoa com doença oncológica, contudo importa salientar que antes de promover a esperança, cabe ao Enfermeiro identificar e apoiar as

potencialidades e forças da pessoa. Só depois, proceder à educação e negociação de estratégias de reenquadramento cognitivo que reforçam a autoeficácia e as capacidades da pessoa. Destacam-se as seguintes atividades terapêuticas promotoras de esperança, a identificação de símbolos de esperança, a elaboração de diários e kit's de esperança, a definição de objetivos e a planificação de formas de os atingir (Querido, 2018). Segundo Frankl (2012) existe uma forte relação entre o estado de espírito e a pessoa, a coragem e a esperança, ou falta dela, isto é, o estado de imunidade da pessoa percebe que perda súbita de esperança e de coragem pode ter um efeito mortífero, assim qualquer tentativa para restabelecer a força interior torna-se impreterível a definição de objetivos futuros.

Outra das estratégias consiste na elaboração de um «kit de esperança» isto é, um kit que se pode utilizar como estratégia intencional para ajudar as pessoas a identificar imagens ou representações significativas de esperança, o kit pode conter itens que representam esperança para a pessoa, tais como fotografias de família, música, objetos ou imagens com simbolismo ou significativas, relatos de experiências, entre outros. As pessoas experienciam o processo de doença e recuperação com a esperança diminuída, pelo que devem ser incentivados a criar os seus próprios «kit's de esperança», tendo ao seu alcance um recurso significativo e disponível que permite fortalecer essa esperança diminuída e moderar ou atenuar o sofrimento e a vontade de morrer (Moore, 2005, citado por OE, 2012).

Querido (2018), acrescenta que a esperança é um forte preditor de saúde mental, tendo um efeito mediador na ansiedade, na depressão, nas experiências espirituais, sentido de vida e bem-estar psicológico. A autora defende que existem elementos determinantes que podem ser incluídos nas futuras intervenções para promover a esperança, dando um enfoque particular na qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas alvo de atenção e cuidados. De entre os determinantes destacam-se os seguintes: facilitação das relações sociais e fortalecimento das redes de apoio; ajuda no fortalecimento dos atributos pessoais como a autoestima e autoeficácia através do empowerment; ajudar as pessoas cuidadas a assumir o controlo, a estabelecer e formular objetivos realistas; desenhar intervenções específicas de esperança, incorporando espiritualidade e bem-estar.

A Esperança assume assim um elevado poder terapêutico, sendo considerada um importante mecanismo de coping, especificamente em momentos de crise (Santos, Santos e Fernandes,

2016). A esperança é um sentimento que mobiliza o espírito, a mente e as emoções, podendo ser importante como coadjuvante do processo terapêutico da pessoa com doença oncológica.

3.8 Execução

Neste capítulo, é apresentada uma proposta de cuidado à pessoa com doença oncológica, pelo referencial de Lopes. Embora não tenha sido implementado no serviço, foi desenhada a mesma na perspetiva de planeamento e, feita formação em serviço sobre esta, ficando disponível no e para o serviço para posterior discussão e implementação, visto que o nosso objetivo inicial proposto foi identificar as intervenções do EESMP, na promoção de Esperança.

Porém, decidimos apresentá-las através de um referencial relacional de ajuda, dado que não faz sentido dissociar a intervenção dos Enfermeiros da Relação de ajuda.

Como referimos no capítulo do enquadramento teórico, a **teoria de médio alcance** proposta pelo autor, para explicar a relação enfermeira-doente num contexto similar onde realizámos o estágio, caracteriza-se por ser constituída por duas componentes distintas, mas complementares e estreitamente interrelacionadas (Lopes (2006): a natureza da relação e o processo de relação, já abordada previamente.

No âmbito do desenho da proposta que fazemos vamos reportar-nos apenas à segunda fase o processo de Relação:

Quadro nº 5 - Desenho da proposta da relação

INÍCIO DA RELAÇÃO	CORPO DA RELAÇÃO	FIM DA RELAÇÃO
<i>(Esta fase dá início antes da enfermeira entrar em contato com a pessoa, este é o momento de excelência, onde dá início a Entrevista de admissão)</i>	<i>(Quando a enfermeira estabelece com a pessoa um ambiente de Relação de Ajuda, sendo esta a fase crucial para as intervenções de enfermagem.)</i>	<i>(Esta é a fase em que a enfermeira e a pessoa doente oncológica termina a quimioterapia, ou por morte da pessoa)</i>

(continuação)

<p>PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>O que a pessoa sabe...</i> • <i>O que preocupa a pessoa ...</i> • <i>Estratégias/ capacidades da pessoa</i> 	<p>INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem “Esperança diminuída/comprometida”</p> <p>Fundamentação: Segundo a CIPE (p. 57, 2016), esperança é uma “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia”</p>	<p>OBJETIVO QUE A PESSOA ACEITE A SUA CONDIÇÃO E ATINJA O BEM ESTAR</p>
<p>ACOLHIMENTO</p> <p>Acolher a pessoa quer formalmente ou informalmente chamando pelo seu nome e perguntando a sua preferência sobre como quer ser chamada.</p> <p>GERIR AMBIENTE:</p> <p>-Proporcionar um ambiente de privacidade (livre de ruídos e/ou interrupções) - Gabinete de consulta de Enfermagem);</p> <p>REALIZAR ESCUTA ATIVA</p> <p>-Promover e permitir a expressão de sentimentos, medos e preocupações; -Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz, mensagens verbais e não verbais; -Valorizar emoções, clarificar o sentimento de alguns comportamentos; -Focalizar-se completamente na interação, suprimindo preconceitos, influências, suposições, preocupações pessoais e distrações;</p> <p>DISPONIBILIZAR PRESENÇA</p> <p>-Usar o silêncio quando apropriado; -Estabelecer a confiança e atenção positiva; -Demonstrar uma atitude de aceitação; -Ouvir as preocupações da pessoa e pessoa significativa;</p>	<p>APOIAR A PESSOA NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E TOMADAS DE DECISÕES</p> <p>-Utilizar a Escala de herth (Avaliar a esperança); -Respeitar a pessoa como sendo detentor de decisões competentes; -Ajudar a pessoa a refletir sobre o percurso e a narrativa de vida -Envolver ativamente a pessoa no seu próprio cuidado (a elaboração de diários e kit’s de esperança), -Encorajar a pessoa a tentar alternativas; -Ajudar e negociar com a pessoa a traçar objetivos atingíveis e realistas.</p> <p>PROMOVER MECANISMOS DE COOPING EFICAZES</p> <p>-Reforçar os seus pontos fortes e não as fraquezas; -Identificar as razões para viver; -Encorajar a pessoa a identificar as suas próprias habilidades e forças; -Auxiliar a pessoa a identificar as áreas que mais gosta e que lhe promovem maior satisfação; -Auxiliar a pessoa a identificar fontes de esperança; -Estimular a despreocupação e a partilha de sentimentos e lembranças positivas. -Incentivar a leitura e a escrita como forma de organizar a esperança</p> <p>PROMOVER ENVOLVIMENTO FAMILIAR/PESSOAS SIGNIFICATIVAS</p> <p>-Motivar a pessoa a envolver a família/pessoas significativas;</p>	<p>ESPERANÇA AUMENTADA OU MELHORADA</p> <p>Follow up por telefone (caso o processo tenha decorrido bem)</p> <p>“Incutir a esperança” aos familiares e ajudar no processo de luto</p> <p>(Já implementado no serviço)</p>

(continuação)

<p>-Demonstrar disponível para ajudar; -Tocar a pessoa exprimindo interesse quando apropriado; -Proporcionar segurança otimista, mas simultaneamente realista.</p> <p>GERIR COMUNICAÇÃO -Falar calma e pausadamente com frases simples e não estimulantes; -Usar tom de voz adequado; -Manter uma postura correta; -Evitar confrontar a pessoa; -Evitar interromper a pessoa; -Respeitar as decisões e opções da pessoa; -Corrigir informações erradas;</p>	<p>-Motivar a pessoa a passar mais tempo com as pessoas significativas; -Ensinar à família o seu papel no apoio e sustentação da esperança à pessoa; -Discutir as metas atingíveis da pessoa com a família;</p> <p>PROMOVER PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES TERAPÊUTICAS -Identificar atividades que ajudam a manter a pessoa ocupada; -Identificar razões que dão significado à vida;</p> <p>PROMOVER INTERAÇÃO SOCIAL -Encorajar a pessoa a estabelecer relações; -Incentivar a pessoa e família a participar em atividades de grupo; -Ajudar a pessoa a identificar fatores facilitadores/perturbadores do estabelecimento de relações; -Oferecer contatos com outros indivíduos de suporte (religioso, familiar, social).</p> <p>PROMOVER PROJETO DE VIDA -Identificar razões que dão significado à vida; -Empregar a revisão e/ou reminiscência orientada de vida, conforme apropriado. (trabalhar a memória)</p> <p>IDENTIFICAR SENTIMENTOS E MUDANÇAS PÓS TÉCNICA RELACIONAL TERAPÊUTICA -Reforçar expressão verbal de sentimentos, dando reforços positivos.</p>	
--	--	--

3.9 Avaliação

Após a extração e análise de resultados dos quatro artigos selecionados constata-se que o número de evidência científica relativo a esta temática é ainda limitado, isto é, a produção científica não clarifica as intervenções do enfermeiro ao nível da promoção da esperança na pessoa com doença oncológica em tratamento em hospital de dia, tornando-se assim difícil realizar uma reflexão sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e

Psiquiátrica ao nível da promoção da esperança nesta área em particular. Para além disso constatámos que o número de estudos que estabelecem uma relação entre oncologia, saúde mental e esperança é bastante diminuto.

Assim face às lacunas evidenciadas e resultados apresentados, torna-se pertinente e entendemos ser necessário sugerir maior investimento ao nível da investigação, nesta área de forma a clarificar as intervenções do enfermeiro, no sentido de proporcionar cuidados de enfermagem de excelência e ao mesmo tempo potenciar uma melhoria de cuidados de enfermagem. Ou seja, verificamos por parte dos Profissionais de Enfermagem formação insuficiente no que se refere à promoção da esperança, salientando-se aqui a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental para uma melhor relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica personalizada. Como refere Querido (2018) acredita-se que um adequado treino e desenvolvimento de competências na área da promoção da esperança pode impulsionar a transferência de conhecimento para os contextos de intervenção dos enfermeiros com a finalidade de contribuir para a otimização da saúde mental das pessoas. Querido (2018) acrescenta que, manter a esperança em situações de adversidade e na presença de sofrimento mental, requer uma gestão das condições facilitadoras e inibidoras da esperança, num equilíbrio que pode ser muito difícil conseguir sem a ajuda de profissionais competentes.

Ou seja, é importante informar e formar na área da saúde mental e psiquiátrica. A nível da formação, tem existido este esforço, no sentido que o número de enfermeiros especializados nesta área aumentou 35% entre 2011 e 2014, a nível mundial (WHO, 2014).

Contudo, considera-se que apesar dos resultados, visto a investigação ser fundamental para fundamentar a prática de enfermagem, este trabalho demonstrou ser uma fonte de reflexão sobre a temática promoção de esperança. Assim conclui-se que apesar da produção científica ser insuficiente ao longo das últimas décadas diversos investigadores têm tentado definir esperança e a sua implicação na prática clínica. Segundo os autores Cutcliffe e Herth (2002), a maior parte da literatura empírica existente concentra-se na esperança e na principal desesperança associada ao suicídio/depressão. Identificam-se neste espectro uma variedade de intervenções para inspirar esperança em diferentes grupos de utentes, salienta-se neste aspeto a importância do processo social básico de inspiração de esperança, que se revela subtil, discreto e associado à terapia/relação. A esperança reflete a motivação sobre a capacidade de se estabelecer objetivos claros, deste modo uma das principais estratégias promotoras de esperança consiste na criação

de objetivos que permitam a definição do sentido da vida da pessoa, importa referir que este não é um conceito, e varia de pessoa para pessoa dependendo do momento da sua vida (Frankl, 2012).

Considera-se que esta RIL apresenta algumas limitações: a opção, apenas pelos artigos de texto integral, deve-se à necessidade de na maioria dos casos existir necessidade de texto completo para podermos conscientemente afirmar que o artigo não preenche os critérios de inclusão e exclusão da revisão; horizonte temporal o que diminui o número de publicações encontradas e que pudessem ser analisadas. No entanto, a evidência encontrada sugere que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica tem competências para comunicar esperança às pessoas com doença oncológica sendo importante a realização de estudos de investigação que permitam a definição de um programa de intervenção e avaliar a sua eficácia na área de Oncologia. Assim como ser um ator nas organizações que promove formação nesta área a outros enfermeiros ou profissionais de outras áreas. Neste âmbito, a RIL, permitiu responder à questão de investigação formulada e aos objectivos definidos.

Sendo este projeto, inovador no contexto de estágio, a RIL conduziu ao conhecimento de informação e investigações nacionais e internacionais relativamente ao papel do enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção de Esperança à pessoa com doença oncológica. Assim, é de nossa ambição continuar a investir nesta área de modo a encontrar oportunidades de melhoria para a excelência do exercício na enfermagem, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma e disciplina do conhecimento.

PARTE II

4 - ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Com a elaboração deste relatório, pretendemos dar resposta aos objetivos definidos ao longo do Mestrado, que incluem atingir competências no âmbito de três domínios: as competências comuns dos enfermeiros especialistas; as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e as competências de Mestre.

No desenvolvimento de competências torna-se importante clarificar o conceito de competência. De acordo com Le Boterf (1994; 41), este define competência como um “saber mobilizar”, “saber integrar” e “saber transferir”, assim como o autor (Roldão 2003, cit Henriques 2015), competência, refere-se à capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionando e integrando esses conhecimentos perante uma determinada questão ou problema. Ou seja, a competência consiste no último objetivo de vários objetivos que para ela contribuem. É um processo construído, que, em princípio, não se perde. Deste modo, somos detentores de várias competências construídas ao longo da vida.

Surgem frequentemente situações complexas durante a prestação de cuidados e os enfermeiros são responsabilizados a nível legal e ético no que diz respeito à sua prática profissional (Townsend, 2011). Importa enquadrar os quatro conceitos que constituem o metaparadigma da Enfermagem. “Pessoa”, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), é considerado como “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve”, sendo este “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (p.8 e 9). A saúde é o “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”, sendo “variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os

desafios que cada situação lhe coloca.” (p.8). Os cuidados de enfermagem “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” centrando-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”, em que ambos possuem “quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual”, sendo o enfermeiro distinguido pela sua “formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (p.10/11).

4.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

Segundo a OE, “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4744).

Assim, “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4745).

Onde nos diz que “ As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, p.4744).

As competências do enfermeiro especialista surgem com o aprofundamento dos domínios dos enfermeiros de cuidados gerais, sendo assim denominadas de competências comuns específicas (OE,2010). Estas são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da especialidade (OE,2010).

De acordo com as competências comuns, como enfermeiros especialistas temos assim 4 domínios, onde iremos descrever em breve síntese como foi adquirida esta competência:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, "o enfermeiro distingue-se pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir" Nunes (2017, p.13).

a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A enfermagem possui um corpo de conhecimentos organizado por padrões que podem ser identificados na prática diária, que permitem distinguir uma estrutura única da disciplina de enfermagem que a diferencia de outras disciplinas. A ética deriva de um vocábulo grego que Aristóteles definiu como "o lugar interior de onde brotam os atos do homem" (Nunes, 2011), é uma "conceção interior" que implica "uma reflexão crítica sobre os comportamentos", que "reflete as interrogações e conjuga-se no modo interrogativo" (Miranda, 2008 cit. Schimer, 2006). Leva, portanto, o indivíduo a questionar-se e a fazer uma reflexão fundamentada de quais são os princípios/valores que orientarão a sua tomada de decisão. Os profissionais de saúde devem "não só dominar conhecimentos, saberes, técnicas e habilidades, como ter compaixão para compreender como a pessoa de quem cuidam sente a experiência do processo saúde-doença e quais os seus valores e crenças", pelo que se espera que os profissionais de saúde devam ter outras virtudes como "honestidade, fidelidade, coragem, justiça, temperança, magnanimidade, prudência, sabedoria, entre outras" (Miranda, 2008 cit. Schimer, 2006).

O Princípio de Beauchamp e Childress (1994) que se baseia em teorias éticas fundamentadas em quatro princípios, apresenta "um discurso orientado por princípios que pretendem oferecer um esquema teórico para a identificação, análise e solução dos problemas morais enfrentados pela medicina" (Nunes, 2011, p.135). São eles: o respeito pela autonomia (respeitar o desejo de pessoas competentes), a beneficência (produzir benefícios), a não maleficência (não provocar dano) e a justiça (distribuir com equidade). Estes princípios, e outros princípios derivados (como a confidencialidade ou a veracidade), sugerem obrigações. Os

enfermeiros em Portugal regem a sua conduta profissional com base no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). A deontologia estando associada ao dever e obrigação, “apresenta, assim, um rosto com duas faces – de um lado, a expressão das normas e dos deveres; do outro, o poder e a possibilidade de conhecer mérito ou aplicar pena. Sendo parte de um todo complexo, os deveres emergem em ligação à moral profissional e ao direito” (Nunes, 2005). Miranda (2008, p.107) corrobora acrescentando que “deverá ser entendida como a formulação do dever profissional, um conjunto de normas de uma profissão, suportada pelos princípios da moral e do direito, definindo aquilo que é entendido pela profissão como boas práticas, e assentando no compromisso com o bem-estar do Homem”. O direito pode ser definido como a “ordem existente com o sentido de um dever ser, em cada sociedade, destinada a estabelecer os aspetos fundamentais da convivência e a criar condições para a realização das pessoas, e que se funda em regras com exigência absoluta de observância (Ascensão, 2003). O direito da saúde pode ser definido como um conjunto de regras jurídicas aplicáveis às ações de saúde, que pode ter variadas fontes, sejam elas, a constituição da república portuguesa, atos criadores de direito internacional ou atos legislativos (leis e decretos de lei), que servem para conduta civil e gestão dos comportamentos em sociedade. Com a disciplina de ética e deontologia, e com a reflexão de uma situação vivenciada, permitiu-nos mobilizar conhecimentos integrando as dimensões epistemológica, ética, deontológica e jurídica, de modo a podermos fundamentar e concluir qual teria sido a ação eticamente mais adequada e que não violasse deveres ou direitos dos envolvidos. Desta forma, toda a análise foi suportada em princípios, valores e normas deontológicas, tendo sempre em vista a proteção dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Tal, vai ao encontro do perfil das competências comuns dos enfermeiros especialista.” (Regulamento n.º 122/2011, DR, 2.ª série, 18 fevereiro), (regulamento nº140/2019, DR, 2ª série de 6 de fevereiro). Nomeadamente ao nível das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Art.5º).

Segundo Watson (2002, p.55), “O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências.”

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da procura da qualidade “Boas práticas em enfermagem representam a agregação das dimensões científica, técnica e humana, suportando as respostas humanas e as necessidades da pessoa ou grupo concreto, procurando a máxima satisfação do cliente.” Nunes (2017, p.13):

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;*
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

Segundo Hesbeen (1998, p. 34), “Os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos atos praticados, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguir uma saúde melhor.”

Cada vez mais, a importância do desenvolvimento pessoal e profissional torna-se evidente nas organizações. Sendo que, também em Enfermagem, este desenvolvimento é assumido como uma peça fundamental para o sucesso das instituições/serviços. Com vista ao desenvolvimento profissional, ganha relevo a procura de estratégias que permitam a adaptação à mudança. A relação entre a formação e a atualização de conhecimentos dos profissionais, e o desempenhar das suas tarefas, reflete-se na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Sousa, 2006).

Assim, e ainda segundo o mesmo autor, a formação contínua permite a reatualização da formação inicial, preenchendo o espaço que existe “entre uma e outra situação (situação de formação e situação de trabalho) o que faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência” (Canário, 2000, p.46).

Deve salientar-se a importância da formação permanente em Enfermagem, que permite aos profissionais reciclarem os seus conhecimentos, aprofundando novos conteúdos, e assim responderem com sucesso, incorporando novas competências e aptidões, à constante mudança que ocorre a cada nova circunstância (Rodrigues, 2011).

Desta forma, ainda no âmbito da formação permanente em Enfermagem, a busca pela excelência profissional, surge como resposta no conceito de formação contínua. De forma a dar uma resposta de excelência e qualidade em Enfermagem, salienta-se “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.20).

Por sua vez, a formação em serviço, oferece em si, no surgir da necessidade de desenvolver competências, respostas a necessidades identificadas, que estabelecem o caminho entre a teoria e a prática, na prática profissional. Este processo, quando bem-sucedido, permite uma mudança de comportamentos. É importante que as próprias instituições sejam as primeiras a fomentar a atualização dessas mesmas aptidões (Rodrigues, 2011).

A nível do Artigo 20 – Formação Profissional, do Decreto-Lei nº248/2009 (Diário da República, 2009, p.6764), salvaguarda a importância da formação em Enfermagem, referindo que “a formação dos trabalhadores integrados na carreira de Enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação.”

Também a Ordem dos Enfermeiros, no documento Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, define como critérios importantes “a existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.11) e as “existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.11).

É conjuntamente importante salientar que no âmbito das competências do enfermeiro especialista, a nível das Competências Comuns, este deve demonstrar as suas aptidões “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.3).

A importância do enfermeiro especialista na formação, continua fundamentada no mesmo documento acima citado, em que esta surge como unidade de competência, em que o enfermeiro especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.10).

Nunes (2017, p.18), “o cuidado profissional, que configura a ação do enfermeiro, afeta o contexto em que a pessoa vive, isto é, a sua qualidade de vida.”

Ainda no âmbito das competências do enfermeiro especialista, é de referir a unidade de competência: “Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”, salientando a importância da “formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10). De uma forma correlacionada, a responsabilidade da formação em Enfermagem, completa-se também nas outras competências do Enfermeiro Especialista, uma vez que para além das competências do domínio das aprendizagens profissionais, as competências dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados, exigem também formação contínua, com vista ao desenvolvimento da prestação de cuidados e autodeterminação do enfermeiro na sua profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Durante o estágio a formanda elaborou uma revisão de literatura que permitiu conhecer a evidência científica recente, bem como de protocolos e estratégias de atuação na área da esperança de modo a fornecer equipa os conhecimentos atuais sistematizados. (Apêndice I) Foi sempre respeitado a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, respeito pela opinião, decisão e preferência da pessoa e família, promovendo a confidencialidade e privacidade.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

Segundo, Nunes (2017, p.19), “os enfermeiros desenvolvem atividades de proteção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipas multiprofissionais a todos os níveis de organização dos serviços de saúde, e acompanham as transições de vida e o processo de morrer.”:

- a) *Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;*
- b) *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados .*

Cada vez mais, a importância do desenvolvimento pessoal e profissional torna-se evidente nas organizações. Sendo que, também em Enfermagem, este progresso é assumido como uma peça fundamental para o sucesso das instituições/serviços. Com vista ao desenvolvimento profissional,

ganha relevo a procura de estratégias que permitam a adaptação à mudança. A relação entre a formação e a atualização de conhecimentos dos profissionais, e o desempenhar das suas tarefas, reflete-se na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Sousa, 2006).

As competências do domínio das aprendizagens profissionais

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Relativamente a este último domínio o enfermeiro deve desenvolver competências a nível de conhecimentos, aptidões e atitudes, de modo a dar resposta às seguintes unidades de competência:

- “Deve deter uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
 - Deve ser capaz de gerar respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;
 - Deve responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagens, em contextos de trabalho, na área da especialidade;
 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;
 - Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no contexto de trabalho”.
- (Regulamento n.º 122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, OE, 2010:8653).

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas referem-se às competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro)

que “na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Irão ser discutidos reflexivamente as competências adquiridas ao longo do nosso percurso profissional e académico em cada um dos diferentes domínios, tendo em conta que o que nos diferencia das outras especialidades são as habilidades comunicacionais psicoterapêuticas.

Competência 1

“Detêm um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional.”

“Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”

Desenvolvemos esta competência ao longo ao longo de todo o nosso percurso pessoal e profissional adquirindo, um autoconhecimento e autoconsciência. Esta competência tem vindo a ser cada vez mais parte integrante do nosso ser, ressalvada ao longo do nosso percurso académico, não só exclusivamente durante a realização dos estágios, aconteceu também durante a Unidade Curricular Análise Diagnóstica e Intervenção Terapêutica através dos exercícios teórico-práticos que permitiram um maior auto-conhecimento e desenvolvimento de estratégias para interagir com o Outro na relação. (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

O enfermeiro especialista em saúde mental demonstra uma tomada de consciência de si mesmo, das suas capacidades e limitações no sentido de se tornar um instrumento válido no processo terapêutico exigindo uma maturidade emocional.

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento profissional é essencial para a prática de enfermagem de saúde mental, uma vez que condiciona diretamente a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e de desenvolver intervenções especializadas.

Cada individuo é um Ser, fruto das suas próprias vivências, crenças e valores. É importante que o enfermeiro antes de cuidar do outro possua este conhecimento e se assuma como ser único atingindo o equilíbrio necessário entre a sua vida pessoal e profissional. Para Rispaill (2002, p.5),”

conhecer-se melhor para melhor comunicar, posicionar-se melhor, melhorar a sua relação com os outros para se sentir melhor consigo próprio, mas, é certamente, descrever o que nos sobressalta ou nos aterroriza dualmente e sobretudo, enriquecer-se do prazer de comunicar.”

O enfermeiro necessita saber reconhecer no outro esta mesma individualidade, bem como a respeitar. Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a conseguir um estado de equilíbrio que proporcione o bem-estar a todos os níveis (físico, psicológico, social e espiritual).

Segundo, Watson (2002, p. 119) “é arte quando o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do outro, é capaz de os detetar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente e de libertar os sentimentos que tem ansiado por expressar.” Cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico da outra pessoa (espírito, alma), sentindo estas condições no seu íntimo e respondendo à condição de tal forma que o recetor liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que ele ou ela desejavam libertar há muito tempo (Watson, 2002, p.111).

Os estágios foram o fio condutor de aprendizagem tendo por base a reflexão da prestação de cuidados nos diversos contextos de trabalho, tendo superado as nossas expectativas. Assim de acordo com Nunes (2017, p.133), “a reflexão como fonte de conhecimento, valoriza a experiência humana, a consciência de Si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os outros. Re-fletir” (...) “é ser consciente de si mesmo, durante ou depois de uma experiência particular, podendo ganhar-se novos insights sobre Si e habituar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática.”

Na consulta de enfermagem, durante entrevista com a pessoa apercebemos mais do que nunca de como os nossos valores e crenças podem condicionar as nossas intervenções terapêuticas. “É na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios.” (Chalifour, 2008, pp.9,10).

O enfermeiro não é um juiz, não é um polícia, não é um padre ou guia espiritual é um ser dotado de profundos conhecimentos científicos, filosóficos, humanísticos, psicoterapêuticos,

éticos, etc. que o preparam para ajudar a pessoa a capacitar-se para alcançar conhecimento, poder e autonomia. Devido às condicionantes específicas do serviço e às características próprias da pessoa, as intervenções realizadas pretenderam ser inovadoras e adaptadas às necessidades do serviço.

O enfermeiro deve ter sempre presente que numa relação terapêutica os processos de transferência e contratransferência poderão estar presentes (Towsend,2011). Segundo este autor citado por Sadock e Sadock,2007), “a transferência ocorre quando a pessoa desloca (ou transfere) inconscientemente para o enfermeiro sentimentos formados em relação a uma pessoa do seu passado.” (...) “a contratransferência refere-se à resposta emocional e comportamental do enfermeiro em relação à pessoa cuidada. “

Apesar do estágio II ser um local que permite o desenvolvimento, é também um local de dificuldades e promotores de doença mental. Nem sempre foi fácil gerirmos e lidarmos com as novas situações com que nos deparámos e nas quais temos de intervir, destacamos aquando o conhecimento da morte de alguém, ou de colegas enfermeiros confrontados com o diagnóstico de cancro. Estas dificuldades motivaram-nos a trabalhar arduamente, conhecermos os nossos sentimentos e as nossas limitações para além de procurarmos obter conhecimento e atualizarmos os já adquiridos. Por isso conhecermo-nos a nós próprios e conhecer o outro permite nos permite aumentar a capacidade de conceber relações interpessoais satisfatórias (Towsend, 2011)

A reflexão crítica sobre estas situações foi também um fator decisivo para colmatar esta dificuldade, permitindo uma melhoria do nosso desempenho, aumento de confiança e contribuir para uma abordagem da enfermagem de modo mais autónomo.

Segundo Townsend (2011, p.122) “O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha capacidade de autoconsciência e autoconhecimento e que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, morte e sobre a condição humana em geral.”

Competência 2

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

“Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”

“Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.”

“Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE da Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 99) no artigo 4º refere que a: “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. A relação de ajuda constitui a componente central, a essência e o suporte do cuidar de enfermagem à pessoa. A Relação de Ajuda potencia o papel profissional do Enfermeiro enquanto facilitador, que orienta e apoia a pessoa em cada uma das etapas do processo de resolução dos respetivos problemas.

Os enfermeiros declaram o seu compromisso de cuidado às pessoas ao longo de todo o ciclo vital, procurando promover o seu bem-estar e qualidade de vida. O estabelecimento de uma relação de ajuda é fundamento dos cuidados de enfermagem, que “favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio necessário” à pessoa cuidada. É nesta que recai a centralidade do cuidar de enfermagem, “ancorado no reconhecimento da humanidade do outro, da sua capacidade de pensar, de interagir, de se manifestar”, portanto, no reconhecimento da sua dignidade e autonomia (Nunes, 2016).

O enfermeiro é detentor de conhecimento do ciclo vital da pessoa, faz colheita de dados pertinentes à compreensão da sua saúde mental, permitindo a promoção, a proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. Neste processo de avaliação desenvolve habilidades comunicacionais, adapta a sensibilidade linguística e aptidões na comunicação e técnicas de entrevista.

Em contexto de estágio, durante a entrevista de enfermagem, o enfermeiro ao conseguir estabelecer a relação de ajuda com a pessoa, numa das entrevistas tivemos o privilégio de nos aperceber (após termos pedido permissão para preencher a escala de herth), que o Sr.y estava muito apreensivo, pois estava zangado com a filha. Naquele momento sentia necessidade do seu

apoio. O enfermeiro, com o apoio da esposa conseguiu elaborar um plano para que estes se encontrassem e resolvessem a questão. Este objetivo foi concretizado, vindo este a ficar com a sua situação resolvida para aquele momento. Assim quando se deslocava ao hospital, pedia sempre para se encontrar com a enfermeira. Foi um caso muito significativo para ambos.

Nunes (2017, p.18), "o cuidado profissional ao ser humano na área da saúde, assim se entende que o foco de atenção dos cuidados sejam os próprios " projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue", relevando-se que, ao longo de todo o ciclo vital, se procura "prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária."

De facto, a falta de esperança é geradora de perturbações emocionais. A aquisição de competências neste domínio, implica, aplicar e desenvolver competências comunicacionais com a família/pessoa significativa ao estabelecer a relação de ajuda, utilizando técnicas de comunicação e vocabulário adequado em função do que se pretende transmitir e das características da pessoa que necessita de cuidados. Aprender que a utilização de um vocabulário que apela aos sentidos d pessoa reveste-se também de grande importância, uma vez que aumenta as probabilidades de ser compreendida (Chalifour 2008). Aprender, também, que a pessoa informada se sente menos ansiosa, e que para ensinar com competência, precisa primeiro determinar o que a pessoa já sabe e a sua facilidade para aprender (Branden, 2000). Ou seja, a comunicação é uma competência fundamental para o cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática, admite uma grande diversidade de formas de comunicar e cria oportunidades de aprendizagem para a pessoa, podendo despertar o sentimento de confiança entre ele e Enfermeiro (Inaba, Silva e Telles, 2005 citado por Ali-Can 2011). Ao mesmo perante situações de angústia, ansiedade ou desesperança, proporcionar apoio efetivo e informar as famílias da pessoa e o próprio, sendo assertiva e utilizar um tom de voz calmo é tão determinante quanto o tratamento medicamentoso. A escuta ativa implica uma atenção constante e total e uma sensibilidade e perceção apuradas para que se consiga ouvir o que a pessoa diz, mas sobretudo "*o que ele não diz*" (Rosário 2009). O desenvolvimento de técnicas de observação revelou-se muito importante pois através delas consegue-se captar informação importante acerca da pessoa, sem haver necessariamente intervenção verbal, verificando que muitas vezes o que o que dizem não é propriamente o que é sentido (Simões, 2004).

Para Phaneuf (2002 p. 250), a entrevista de enfermagem em psiquiatria serve para avaliar a pessoa, tal como Lopes (2006), esta é o momento de excelência que proporciona ao enfermeiro a avaliação diagnóstica e consequente intervenção, o enfermeiro deve recolher informações sobre o que o doente sabe, pensa e sente. Podendo assim se necessário ser complementada com uma sessão de relaxamento, por um exercício, jogo de papeis, no intuito de ajudar a pessoa a assumir a autoconfiança na tomada de decisões difíceis. A pessoa em crise era ajudada na identificação de áreas de esperança e quais os objetos de esperança.

Neste âmbito, além da entrevista inicial antes de iniciar a sessão de quimioterapia, existiram outras, para se poder fazer uma avaliação utilizar-se a escala de esperança, onde foi possível constatar que esta, diminuía ao longo das sessões de quimioterapia. Foram realizadas sessões com grupos de ajuda que teve grande impacto nestas pessoas com doença oncológica, ressaltando a importância da partilha de emoções, vivências do grupo, o nível de esperança aumenta de acordo com as experiências de quem já as vivenciou e as ultrapassou. Deste modo, tal como Benner (2002, p.233) “As enfermeiras estabelecem uma relação terapêutica e um clima propício à recuperação, à cura e à promoção da saúde:

- 1) Suscitando a esperança nos doentes, na equipa e acreditando nisso, elas mesmas;
- 2) Encontrando uma forma de compreensão acerca da situação (por exemplo a doença, a dor e o medo de outras emoções causadoras de stress) e explicando-a claramente à pessoa;
- 3) Ajudando a pessoa a exteriorizar-se expressando as suas emoções ou incentivando-o a procurar apoio social, emocional e espiritual.” Para Benner (2002) esta relação estimula recursos internos e externos da pessoa, motivando-o a ser mais forte, trazendo-lhe esperança e capacitando-a a ter confiança nela própria e nos outros.

Todas as intervenções permitiram-nos desenvolver competências a nível emocional, de autoconhecimento, de comunicação, de autoestima e no estabelecimento de relações terapêuticas.

Como contributo ao desenvolvimento desta competência, o de acompanhar a pessoa otimizando e promovendo a sua saúde mental, prevenindo o aparecimento da doença e das suas recidivas, ao longo do seu ciclo vital, procurou-se a mais recente evidência da intervenção do EESMP na promoção de esperança, o qual se deixa no serviço de oncologia Hospital Dia, o plano de intervenção para futuros trabalhos.

A nossa intervenção perante a pessoa e familiares foi utilizar a escuta ativa, inculcando esperança e determinação na luta por uma vida ou morte com qualidade. Todos os dias deparávamo-nos com o sofrimento, mas também todos os dias nos deparávamos com ganhos em saúde e bem-estar emocional. A par da fraqueza humana estava também a grandiosa capacidade humana de tudo alcançar.

Competência 3

Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto:

“Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”

“Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”

“Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”

“Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.”

“Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Foi adotada uma abordagem centrada na pessoa, pelo respeito pelos seus valores, crenças e cultura, contudo foi considerada a sua família e o seu contexto no planeamento dos cuidados a prestar.

Com estas intervenções desenvolvemos competências a nível do aumento do conhecimento da técnica da entrevista, na comunicação, no relacionamento interpessoal, no autoconhecimento, na perseverança. E esperança.

Nesta linha de pensamento refere a OE 2015 no (Regulamento nº356/2015 p.17034) que: “O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e

utiliza os diagnósticos e sistemas de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros”.

Competência 4

Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter e recuperar a saúde.

“Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.”

“Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.”

“Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.”
(Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

No artigo 4º do REPE (2015, p.99) é referido: *“O enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”*

A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução

“A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do

comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente.” (Regulamento dos Padrões Qualidade ESM,2011).

A psicoeducação “é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos.” (Regulamento dos Padrões Qualidade ESM,2011).

A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria consiste na “incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social.” (Nabais, 2008, p. 40).

A psicoterapia “é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente (pessoa ou grupo). O estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados. A melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilita que o cliente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar.” (Regulamento dos Padrões Qualidade ESM,2011).

Na relação psicoterapêutica a procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental em parceria com o cliente presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativo, que visa manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental, sendo elementos importantes nesta relação:

1. O auto-conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mediante processos de reflexão desenvolvidos a partir da prática clínica e da vivência de diferentes modalidades psicoterapêuticas;
2. A capacidade de gerir emoções, sentimentos, valores e atitudes presentes na relação;

3. A capacidade de gerir fenómenos de transferência, contra-transferência, resistências, transgressão de limites e impasses terapêuticos;
4. A capacidade de desenvolver uma relação psicoterapêutica a partir das necessidades manifestadas pelo cliente, mobilizando abordagens adequadas à situação (OE,2011).

O Enfermeiro tem um papel ativo na resolução do problema expresso pelo doente. Tal como está referenciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (...) “(Ordem dos Enfermeiros, OE,2001). Para se criar uma convivência terapêutica Phaneuf (2002, p.250-251), “No contexto de cuidados, a Entrevista, é antes de mais um encontro geralmente previsto e planificado, mas é sobretudo uma tomada de contato entre dois seres humanos, que colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se.”

Como refere Hesbeen (2000, p. 136), “o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida” (...) “é no estágio que estes podem descobrir concretamente o que significa prestar uma atenção particular ao outro através das “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem” (...) “que os estudantes expressem as suas interrogações, as suas satisfações, bem como as suas indignações, as suas emoções.”

O enfermeiro munia-se de informação da pessoa (história clínica, história familiar que por vezes era alguém conhecido do médico ou enfermeiros, qual o tipo de tratamento a executar, etc), de uma forma formal, dirigia-se à sala de espera e chamava pelo nome do utente. Acolhia a pessoa, apresentava-se dizendo qual o nome e que era aluna de mestrado de SMP, e que estava no serviço a elaborar um trabalho no âmbito da Esperança. Dirigia-se com a pessoa e acompanhante ao gabinete de consulta. O gabinete apresentava pouca luminosidade, pequeno, com secretária a separar, embora esta fizesse sempre a entrevista sentada frente a frente com a pessoa. A entrevista era alicerçada com o sclinic e folhetos existentes do no serviço. A enfermeira mostrava-se disponível para ajudar. Foram muitas as vezes que a enfermeira colocou a sua mão em cima da mão da pessoa. O toque ajudava-as a perceber que estávamos atentas e que estávamos ali para as ouvir e ajudar. Muitas vezes ao sentirem-se “protegidas”, “compreendidas” choravam, era ali que exprimiam as suas angústias, medos e preocupações. Após se ter

estabelecido o acordo mútuo enfermeiro/pessoa era-lhes pedido consentimento para informalmente preencherem o pequeno formulário da escala de herth (Anexo II), como o tempo disponível era pouco e por não existir outra sala disponível não foi possível preencher o formulário de (IESSD) (Anexo I) Das informações daqui retiradas era negociado qual a atitude a tomar e sugestões (elaboração de um diário e kit's de esperança) como forma de promover a esperança, sendo por vezes incluída a acompanhante como forma de atingir os objetivos. o enfermeiro sentia que o passo seguinte, ou seja, de acordo com Lopes, o corpo da relação toma proporções, assim como a avaliação diagnóstica. Nesta fase reforça-se os pontos fortes, encorajava-se a pessoa a identificar as suas próprias habilidades e forças, ajudada a identificar razões que lhe dão significado à vida. Executa-se a Terapia de Reminiscências (Anexo III) para nos poder munir de mais informações uteis.

Durante a entrevista a enfermeira está atenta às diversas necessidades da pessoa, baseia-se na terapia das Reminiscências (Anexo III), embora tenha decidido focar-se na Esperança, a pessoa entrevistada por esta, sempre que possível e no sentido de aliviar a ansiedade e melhorar a proximidade era feito uma terapia simples de relaxamento.

Terminávamos a entrevista, remarcando o nosso próximo encontro. Este próximo encontro por vezes não era concretizado pelo motivo da pessoa não ter os valores analíticos para a próxima sessão de quimioterapia, ou por motivos de compatibilidade de horários, ou por morte deste.

Houve por parte do enfermeiro tentativa de organizar grupos de apoio, não foi concretizado devido à pouca motivação deste grupo específico. Ainda foi possível coordenar encontros informais, vindo a pessoa a ficar motivada para se desenvolver um grupo de apoio no hospital.

Para Benner (2002, p.233, 234), “as enfermeiras estabelecem uma relação terapêutica e um clima propício à recuperação terapêutica e um clima propício à recuperação. À cura e à promoção da saúde:

1. Suscitando a esperança nos doentes, na equipa e acreditando nelas mesmo;
2. Encontrando uma forma de compreensão acerca da situação (por exemplo a doença, a dor e o medo de outras emoções causadoras de stress) e explicando-a claramente à pessoa;

3. Ajudando a pessoa a exteriorizar-se expressando as suas emoções ou incentivando-o a procurar apoio social, emocional e espiritual.”

Ainda segundo Benner (2001), a relação terapêutica solicita os recursos internos e externos do doente e torna-o mais forte trazendo-lhe a esperança e fazendo o ter confiança nele e nos outros”. Nesta ajuda por vezes basta apenas a presença e o alento. Para Benner (2001, p.76) “no papel de ajuda o enfermeiro deve:

1. A relação de cura: criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura;
2. Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e um estado de extrema fraqueza;
3. A presença: estar com o doente;
4. Optimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura;
5. Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir;
6. Reconfortar e comunicar pelo toque;
7. Trazer um apoio afetivo e informar as famílias dos doentes;
8. Guiar os doentes aquando das mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico- propor novas escolhas, eliminar as antigas: guiar, educar, servir de intermediário;
9. Agir como mediador psicológico e cultural;
10. Utilizar objetivos com um fim terapêutico;
11. Estabelecer e manter um ambiente terapêutico.”

Em todas as intervenções efetuadas, tentou-se estabelecer uma boa relação com a pessoa, sempre presente a escuta ativa, a disponibilidade e a empatia. Segundo Townsend (2009), a relação entre enfermeiro-utente é a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece. É uma relação na qual ambos participantes devem reconhecer o outro como seres humanos únicos e importantes.

4.3 Competências de Grau de Mestre

Ao longo do Mestrado adquirimos e desenvolvemos competências no intuito de melhorar a qualidade de cuidados prestados no âmbito da Saúde Mental, assim como a aquisição de conhecimentos teóricos e científicos, alicerçados na investigação, que nos permitiu refletir sobre as práticas.

Segundo o Regulamento de Estágio final do Mestrado os objetivos de aprendizagem são os seguintes:

Demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O grau de mestre é conferido segundo Decreto. Lei nº 157/2018 de 16 de agosto aos que demonstrem: “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- a. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- b. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

Referindo Benner (2001, p. 32), “O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer).” (...) “desenvolvido ao longo da experiência clínica, aquando da prática dessa disciplina.”.

Para Hesbeen (2001, p.65), “Os conhecimentos técnicos e científicos decorrem, em parte, da apropriação de saberes estabelecidos e da sua atualização.”

Assim, sendo, tendo em conta que a pessoa está sempre a interagir com o meio em que a rodeia e estando este em constante mudança é primordial que o enfermeiro procure a excelência do seu exercício de acordo com o código Deontológico do Enfermeiro, alínea c) artigo n.º 88 2005, que é um dever, 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 pesquisa na área da esperança, foi compensatória, na medida em que a pessoa e a família foram o foco de atenção, tendo por base um cuidar holístico, individualizado e humanizado visto sentirmos um desenvolvimento quer a nível pessoal como profissional, sabemos e sentimos, que só assim daremos um passo em frente. Neste âmbito, temos a consciência de que se trata de uma área que merece atualização contínua, quer a nível pessoal, quer da equipa onde esteve inserida, exigindo grande dedicação e empenho, uma vez que em Enfermagem não existe limite para o saber.

Para Hesbeen (2001, p.65), “é primordial que seja estimulado o gosto pela curiosidade intelectual que, a pouco e pouco, irá alimentar um saber estruturado, mas não dogmático, baseado no encontro e no acompanhamento da pessoa detentora de uma existência singular, complexa e rica de ensinamentos.”

Ao longo deste estágio confirma-se a necessidade premente de formação e treino de competências nesta área. Por um lado, por ser uma área “cinzenta” e de grande dificuldade para os enfermeiros, por outro lado, a equipa de enfermagem verbalizava a necessidade de formação sobre a promoção de esperança na pessoa com doença oncológica, na gestão do seu impacto e até mesmo, no treino de competências.

Para Deodato (2006, p. 82), “Os deveres de respeitar a vida e a qualidade de vida, encontram-se previstos no artigo 82º do EOE, na parte especial do Código Deontológico. Trata-se de um conjunto de deveres profissionais basilares para o exercício da Enfermagem, porquanto a vida humana constitui a centralidade do cuidado. A qualidade de vida, independentemente dos

significados que possamos atribuir, corresponderá a um estatuto de bem-estar, que segundo Nunes, constitui finalidade ética da Enfermagem.”

Para Hesbeen (2001, p.42), “Para que a qualidade da prática de cuidados, particularmente a da enfermagem” (...) “é urgente que os profissionais comecem a revelar o conteúdo real e o sentido da arte do cuidar e o que ela tem de específico, para que a essência da sua prática não seja esquecida, negligenciada ou até mesmo pervertida.”

Só assim os conhecimentos e capacidade de compreensão que foram adquiridos, aprofundados e consolidados com as unidades curriculares frequentadas no 1º e no 2º ano, em diferentes áreas que convergem com o conjunto de competências adquiridas para cuidar da pessoa de uma forma holística.

Temos como exemplo os contributos da ética para a tomada de decisão, da gestão para desenvolver competências de gestão no seio da equipa, políticas de saúde para ter noção de quais as políticas em vigor e o que se deverá aplicar na nossa prática. As disciplinas de Enfermagem de Saúde Mental que ajudou nos no sentido de dotar de conhecimentos que são a base dos cuidados prestados. A relação de ajuda e as técnicas comunicacionais na entrevista, tão importante para a avaliação diagnóstica e aproximação à pessoa no desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Os conhecimentos adquiridos e consolidados com estas disciplinas e vivências significativas de ambos os estágios aumentaram a nossa motivação, curiosidade por uma área específica do saber: promoção da esperança no doente oncológico. Deste modo, investimos no estudo e nos cuidados prestados. Através de sessões individuais, de grupo e na constituição de grupos terapêuticos, sendo. Este último difícil de atingir, visto o tempo ser limitado e também pela motivação e disponibilidade deste grupo em aderir.

Para Le Boterf (2000, p.40), “O saber agir é o *saber o que fazer*. Em situações inauditas, no decorrer de atividades de conceção nas quais o resultado esperado não é conhecido de antemão e o caminho a seguir não é predefinido, o profissional sabe reconhecer o que é preciso fazer, para onde deve dirigir sua acção” (...) “A competência é uma disposição para agir de modo pertinente em relação a uma situação específica.”

A aquisição de conhecimentos referidos anteriormente foram a base para suportar o momento da tomada de decisão. A tomada de decisão foi sempre edificada com base nas normas ético

deontológicas e na evidência científica mais recente existente. Desta forma foi possível dar resposta a questões complexas e não familiares tais como a promoção de esperança à pessoa com doença oncológica não só no contexto de enfermagem, mas também em contextos multidisciplinares.

Foi com o objetivo de adquirir/desenvolver a competência acima citada que se procurou o conhecimento mais atual no que diz respeito à esperança na pessoa com doença oncológica no âmbito da saúde mental, tendo como intuito a integração das evidências científicas na prática clínica do serviço.

Neste processo foi de grande importância e de relevância as disciplinas de investigação, governação clínica, gestão e ética e epistemologia, onde nos foi inculcido as bases para crescermos, tanto a nível profissional como pessoal.

Em jeito de conclusão, adquirindo esta competência deu-nos a oportunidade de investir nesta área, assim como a melhoria de excelência dos cuidados de enfermagem e contribuir no desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma e disciplina do conhecimento.

Procurou-se adequar os conhecimentos adquiridos em todo o percurso profissional no contexto académico e na mais recente evidência científica disponível, sendo este um passo relevante e com grande impacto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo sido elaborado um artigo científico que nos forneceu evidência sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM) na promoção da Esperança.

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.” (Regulamento nº157/2018 de 16 de agosto)

Citando Nunes (2017, p. 174), “Podemos pensar a decisão de um modo ético, como etapa final de um processo, em que a deliberação assume maior relevo, ponto de chegada sempre que se atravessaram as perspetivas dos valores e se produz um juízo para agir.”

Para Benner (2002, p. 239), “A seleção cuidadosa de programas de investigação depende, contudo, de os enfermeiros clínicos conversarem uns com os outros acerca do que aprendem a

partir da sua experiência prática. A utilização do conhecimento tem sido realçada como forma de desenvolver o próprio conhecimento.” “A enfermagem tem uma prática socialmente organizada e uma forma implícita de conhecimento e de ética – como qualquer outra prática, enfrenta continuamente um desafio para o desenvolvimento ou para o declínio.” (Benner2001, p.12).

A aquisição desta competência relaciona-se em parte com a aquisição da competência anteriormente descrita, sendo os conhecimentos sólidos a base do nosso agir. Foi necessária a mobilização dos vários conhecimentos adquiridos tais como os do âmbito da ética e deontologia para que as decisões tomadas contribuíssem para a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade que respondessem as necessidades da pessoa e da família. Como exemplo da aquisição desta competência compreendida e adquirida nas aulas de epistemologia e deontologia como anteriormente já referido.

A enfermagem tem sofrido profundas mudanças nas últimas décadas. Sentimos que cada vez mais, o enfermeiro tem necessidade de investigar através da pesquisa de modo a incorporar nas suas práticas em evidências, isto é, adotem uma prática baseada na evidência científica.

“Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”,

Para Sequeira (2016, p.12), “A principal função da comunicação é a necessidade social de entrar em contato e de estabelecer uma relação de partilha com o outro.”

Ainda segundo Sequeira (2016, p.87), “A comunicação no domínio da saúde é da maior importância na formação, investigação e intervenção, o que exige o desenvolvimento de competências comunicacionais.”. Para que esta competência seja desenvolvida o enfermeiro incorpora habilidades comunicacionais, para que esta se desenvolva foi feita uma pesquisa e posterior formação á equipa de enfermagem do serviço de oncologia -hospital de dia.

Citando Benner (2001, p.58), “enfermeira perita é aquela que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções.”

O desenvolvimento deste relatório proporcionou a aquisição de ambas as competências relativas ao domínio da governação clínica, liderança de equipas e de projetos assim como a

supervisão e gestão dos cuidados a vários níveis: com o diagnóstico de situação, com o planeamento das atividades, sua execução a nível individual, com a sua avaliação, com a gestão eficiente dos recursos e, também com a articulação com a enfermeira chefe, orientadora e restante equipa multidisciplinar. O envolvimento da equipa de enfermagem foi fulcral, de acordo com as necessidades verbalizadas e detetadas, foram realizadas 2 ações de formação no serviço, uma na sobre a importância da comunicação e outra com estratégias promotoras de esperança.

Pretendeu-se que ficassem sensibilizados e motivados para a problemática da promoção da esperança na pessoa com doença oncológica assim como as comunicar e o impacto que tem na pessoa que as recebe, assim como a sua visibilidade, de modo a obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Foi um trabalho adquirido e construído ao longo das unidades curriculares frequentadas cujo cariz de avaliação estava relacionado com as apresentações orais. Para além disto a construção de um pensamento crítico, assente numa prática reflexiva conduziu a que estivéssemos seguros de todos os pensamentos realizados e conseqüentemente conseguíssemos comunicá-los eficazmente. Conseguíamos que as nossas conclusões e pensamentos fossem tao claros que foi possível adaptar à linguagem e terminologia utilizada para transmitir as nossas conclusões a colegas especialistas e não especialistas sem nunca perder o rigor da terminologia científica utilizada.

”Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Regulamento nº157/2018 de 16 de agosto),

Para Rispaill (2002, p.31), “Aprender a conhecer, reconhecer as nossas emoções, as suas manifestações, escrever, descrever o que nos sobressalta ou nos aterroriza é certamente progredir no conhecimento e no autodomínio” (...) “Identificar, distinguir muito bem uma emoção na pessoa doente vai permitir uma relação de ajuda precisa.”

O presente mestrado em enfermagem que frequentamos permitiu o desenvolvimento de bastantes conhecimentos, competências e motivou-nos a querer investir na formação profissional de modo contínuo. Para além de nos ter motivado a continuar este investimento, dotou-nos de conhecimentos e incutiu-nos capacidades de procura, reflexão, de análise e critica acerca das práticas diárias em enfermagem de saúde mental, bem como dos processos de aprendizagem que

queremos realizar ao longo da vida. Deste modo, temos consciência que o percurso realizado, empoderou nos de ferramentas que nos permitem questionar o que fazemos e porque fazemos e como devemos fazer, o que nos permitiu conduzir a um processo de autoconhecimento.

As unidades curriculares de relação de ajuda e avaliação diagnóstica e intervenção permitiu-nos tomar consciência de nós mesmos, que as emoções, os sentimentos, os valores e fatores pessoais podem interferir na relação terapêutica. O reconhecimento das nossas fragilidades, e das nossas potencialidades reforça a capacidade de nos utilizarmos como elo terapêutico o que vai ao encontro do que diz Townsend (2011, p.122). “O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha grande autoconsciência e autoconhecimento, que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, morte e sobre a condição humana em geral.”

Durante o percurso académico, profissional e em especial durante os estágios e em situações particulares de cuidados, foram identificadas as necessidades de intervenção especializada, de modo a planear, implementar e avaliar planos de cuidados holísticos, individualizados, humanizados e de acordo com as necessidades, e preferências de cada pessoa e sua família, cumprindo sempre com as competências adquiridas e tendo sempre presente o código ético e deontológico que nos rege, neste caso, pessoas com doença oncológica no contexto de quimioterapia. Foram identificados e implementados cuidados autónomos de Enfermagem, tendo por base a metodologia científica, no sentido de ajudar a pessoa.

No momento da entrevista sempre que a pessoa se apresentasse ansiosa, era feita a avaliação diagnóstica, e a intervenção do enfermeiro de Saúde Mental era relevante, sendo implementado Terapia de Relaxamento (Anexo IV) antes de iniciar sessão de quimioterapia, vindo estes a ficar mais calmos e sempre que a família anísse era feito o relaxamento a ambos. Nesta perspetiva e sempre que fosse detetado algum sinal, onde o enfermeiro de saúde mental pudesse intervir, este atuava de forma autónoma, Tal como preconizado no código Deontológico do Enfermeiro, alínea c) artigo n.º 89 (2005) em que o enfermeiro, quando presta cuidados à pessoa com doença oncológica, é responsável pela humanização dos cuidados, assumindo o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família e comunidade contribuindo sempre no sentido de criar um ambiente calmo e acolhedor para que ela possa desenvolver as suas potencialidades.

Em toda a atuação tivemos como foco a preservação da dignidade da pessoa com doença oncológica, a diminuição do sofrimento, a promoção da autonomia e a maximização do seu bem estar, conforto e qualidade de vida, como se comprova pelo seu desempenho ao longo do período de estágio e pelos trabalhos realizados.

No decorrer do estágio final, através da avaliação diagnóstica da situação, com recurso à entrevista e relação de ajuda, foi possível identificar quais as necessidades no âmbito da saúde mental. Com base na mesma foi realizado artigo de investigação no sentido de responder à problemática e posteriormente foi elaborado plano individual de cuidado, tendo como referencial teórico Manuel Lopes, com o objetivo de promover a esperança à pessoa com doença oncológica. Este fica no Serviço e não foi implementado pelo curto espaço de tempo do estágio. É de ressaltar o interesse e adesão da equipa aquando a minha intervenção no âmbito da Saúde Mental.

Foram incluídas igualmente reflexões sobre as implicações clínicas, as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes e as conclusões do trabalho de investigação, direcionadas a especialistas e a não especialistas. De uma forma clara e sem ambiguidades, demonstrando sempre ser responsável pela prática, reconhecendo os seus limites e prestar cuidados centrados na pessoa e com a pessoa, tendo sempre presente a melhor evidência científica disponível, num ambiente e relação terapêutica.

Reportando-me a Benner (2001), o enfermeiro Perito já não se rege pelo princípio analítico, a excelência do desempenho conseguir-se-á através da combinação da experiência com o conhecimento científico e sabedoria, o chamado “olho clínico”, estando totalmente adaptado no controlo da situação.

O reconhecimento, recetividade e validação da pertinência de um projeto de intervenção no seio de uma equipa de enfermagem é muito gratificante, não só pela valorização atribuída ao mesmo e reconhecimento das minhas competências, mas essencialmente pela real contribuição para a melhoria dos cuidados de enfermagem. É meu objetivo enquanto enfermeira especialista promover a excelência dos cuidados, através da capacidade crítica dos pares, atuando como perita em diferentes campos de intervenção.

Neste âmbito e por ter adquirido competências na área de Saúde Mental propôs-se a realizar um trabalho no contexto da oncologia.

Todo este percurso foi verdadeiramente desafiante e enriquecedor no desenvolvimento e mobilização de competências, complementando os seus conhecimentos e experiências prévias com as bases da formação especializada e do segundo ciclo, aliadas à contínua pesquisa científica e a uma forte e constante motivação pessoal e sentir que se contribui para o avanço da enfermagem.

Neste âmbito e por ter adquirido competências na área de Saúde Mental propôs-se a realizar um trabalho (Qual a intervenção do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica na pessoa com doença inflamatória) no serviço de gastroenterologia onde exerce funções, tendo como expectativa criar uma consulta de Enfermagem à pessoa com doença inflamatória.

Posto isto, sentimos ter dado um passo gigante na formação pessoal e profissional, questiona a sua prática, procura a mais recente evidência para a sua prática, mobiliza o conhecimento para a excelência do exercício da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminou. Sabemos apenas que seguimos em frente, vivendo dias iguais de forma diferente. Já não caminhamos sozinhos, levamos connosco cada recordação, cada vivência, cada lição. Saber que já não somos os mesmos de ontem, faz-nos perceber que tudo valeu a pena. Durante este tempo aprendemos, choramos, sonhamos, crescemos a todos os níveis, técnico, comunicacional, altitudinal e cognitivo, tornamo-nos mais e melhor. Todo o conhecimento adquirido só foi possível graças ao contacto com a realidade, tal como referem Cunha et al. (2010, p.173), consideramos que “há competências ao nível do saber-fazer, do saber-estar e saber-ser, que só na atividade” (...) “podem ser percebidos e desenvolvidos”. Em cada procedimento que realizavamos, relação que estabelecíamos procuramos compreender e respeitar a privacidade do doente, pois dar atenção e procurar conhecer melhor as pessoas de quem estamos a cuidar também são formas de tratar. Contudo, confessamos que nem sempre foi fácil manter um equilíbrio entre a atenção conferida à componente técnica e científica e a componente relacional. Apesar disso, reconhecemos que “ser enfermeira (o) é mais do que um somatório de competências ou de conhecimentos associados ao saber fazer” (Rua, 2012, p.3) e que o sucesso da minha relação com o doente depende das capacidades que possuo para lidar com o sofrimento.

Enfermagem não consiste apenas na execução de um conjunto de procedimentos técnicos. É deveras comum no nosso dia-a-dia preocuparmo-nos excessivamente com a dimensão técnica, o desejo de ter uma técnica perfeita, de realizar um grande número de procedimentos é considerável. Esta atitude faz com que negligenciemos outras dimensões do cuidar que não são palpáveis, mas que se revestem de uma enorme importância como a capacidade de desenvolver a relação de ajuda. “O acumular de experiências na prática permitiu-nos que hoje reconheçamos o seu valor, e que apesar de sentirmos que por vezes o que fazemos não é senão uma gota de água no mar, sabemos que o mar seria muito menor se lhe faltasse essa gota.” (Madre Teresa de Calcutá).

Em suma, a Enfermagem não se traduz na execução de procedimentos técnicos, mas assenta essencialmente, no respeito, empatia, escuta ativa, compreensão, ou seja, cuidar pressupõe também, apreciar, amar e implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa

ação (Frias, 2001). Como refere Gonçalves (2004 citado por Barbosa, 2009), não devemos fechar-nos sobre a “capa” da capacidade técnica e eficiência, porque muitas vezes o doente só precisa de ser ouvido, expor as suas angústias. Após a reflexão crítica realizada sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, é possível concluirmos que a aquisição de competências, planificação e tomada de decisão perante situações de ansiedade e depressão, foi uma constante. Os confrontos com que um enfermeiro especialista, se depara sob uma perspetiva ética, moral, social e deontológica, tendo por base os pressupostos que norteiam a profissão de enfermagem, na abordagem ao doente oncológico. O estágio I foi um espaço profícuo de aprendizagem proporcionado atividades que permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, mas também de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. Constata-se ainda, que com os avanços tecnológicos e científicos traduzem-se na Enfermagem, e que se encontra em constante desenvolvimento e crescimento, neste sentido cabe aos Enfermeiros, a consciencialização da necessidade de adquirirem, aprofundarem e atualizarem saberes teóricos e práticos. Só desta forma poder-se caminhar para uma prestação de cuidados de excelência e assegurar a Saúde Mental da pessoa com doença oncológica, fundamentais para a excelência do cuidar.

Poderemos assim afirmar, que os enfermeiros são os profissionais de saúde, capacitados em identificar e promover a esperança nos pacientes que eles prestam cuidados, relevando-se assim, ser de maior importância que estes cuidados centrados na esperança sejam baseados numa teoria sólida e nas melhores evidências identificadas pela pesquisa e experiências contínuas de intervenções inovadoras.

Como profissional de saúde, em particular, como enfermeira, atingimos um nível mais elevado de compaixão pelos doentes oncológicos e suas famílias, uma melhor compreensão do percurso a que estão sujeitos a partir do terrível momento do diagnóstico de patologia maligna e uma capacidade superior para detetar atempadamente os problemas, as situações de conflito, as atitudes de rejeição, desespero ou negação tão frequentemente vividas pelos doentes oncológicos, as suas famílias e os seus cuidadores., assim como, caminhar com eles para ajudar a lidar com as atrocidades da vida.

Desta forma podemos afirmar que nos munimos de conhecimentos para lidar com todos os problemas emocionais deste grupo particular de doentes e seus familiares e, assim, ser mais útil e eficaz no desempenho das suas funções.

O desenvolvimento de competências revelou-se fundamental permitindo a reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas, ajudando a delinear um caminho e a tomada de consciência mais aprofundada do nosso percurso e o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de excelência.

BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004). Significado da Teoria para a Enfermagem, Enquanto Disciplina e Profissão. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (autoras). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (A. R. Albuquerque, Trad.) (pp. 15 - 34). Loures: Lusociência. (NURSING THEORISTS and Their Work, 2002).
- Ali-Can, J. (2011). *Relatório de estágio*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido a 26 de fevereiro de 2019 em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9430/1/RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20final.pdf>
- Amaral, A. C. (2010) *Prescrições de Enfermagem em saúde Mental mediante CIP Loures: lusociência – Edições Técnicas e Científicas*, Ida
- Ascensão, A. (2003). *Direito Civil Teoria Geral - Volume II - Acções e factos jurídicos*. (2ª edição). Editora: Coimbra Editora
- Barbosa, C. (2009). *Relatório de estágio*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido a 6 de março de 2019 em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8547/1/Relatorio%20Mestrado%20Final.p>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Bento. (novembro, 2011). *INVESTIGAÇÃO EM EDUCAÇÃO A ENTREVISTA*. Acedido a 27 de abril de 2019 em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=ria&uact=8&ved=0ahUKEwie5cAyLnYAhXFWxQKHQJDDvIQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww3.uma.pt%2Fbento%2Fppt%2FEntrevista.ppt&usg=AOvVaw0FpkZsqTNfuFg4eiMty505>
- Branden, P. (2000). *Enfermagem materno-infantil*. Tradução da 2.ª Edição [original], Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores
- Brito, L. (2011). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com esquizofrenia*. Universidade de Lisboa, 2011. Prova de doutoramento.
- Campos et al., (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A qualidade dos cuidados e serviços*. Lisboa, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Canário, R. (2000). *Educação de Adultos – Um campo e uma problemática*. Coimbra: ANEFA.

- Carpenito, L. J. (1999), Plano de Cuidados de Enfermagem e Documentação, Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos, 2ª edição, Artmed, Porto Alegre.
- CASSIANI, S. e tal. (dezembro, 1996). *A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa*. Rev. latino-am.enfermagem, v. 4, n. 3, p. 75-88. Acedido a 27 de abril de 2019 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300007
- Centro Hospitalar de Setúbal (2015). Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal. Setúbal: EPE.
- Centro Hospitalar de Setúbal (2018). Plano de Acção – DSMP – Triénio 2013-2018. Setúbal: EPE.
- Chalifour, J. (2008). *Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª Edição. Lidel – edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses
- Craig, J. Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência - Manual para enfermeiros*. Lusociência. 2004.
- Cunha, M. et al. (2010). *Atitudes do Enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura*. -Millennium. N.º 38. Acedido a 6 de março de 2019 em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/9.pdf>
- Cutcliffe, J. (2009). *Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
- Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). *The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing*. British Journal of Nursing, 11(13), 885–893
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Ministério da Saúde. *Diário da República*: I Série A, n.º 109, p.p. 3856-3865. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-Lei no 63/2016 de 13 de setembro. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª serie. n.º 176. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1ª série nº 157. Artigo 15º. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/116068879/details/maximized?serie=I&day=2018-08-16&date=2018-08-01>

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1ª série nº 38, p.p. 1182-1189 Acedido a 27 de dezembro de 2018 em :http://www.smzc.pt/attachments/132_DL_28_2008_ACES.pdf

Deodato, S. (2006). *Responsabilidade Profissional Em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra, Edições Almedina.

Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República*, 2ª série nº 74. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/16463/Desp101432009ACESUCCReg.pdf>

Despacho nº 88/2007. Unidade de Desenvolvimento, Reconhecimento e Validação de Competências do Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em : https://www.si.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F1352924700/Despacho_Criacao_UDRV_IPS.pdf

Direção Geral de Saúde - Programa nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: DGS; 2017.

file:///C:/Users/gastro/Downloads/DGS_PNSM_2017.10.18_VF_V5.pdf

Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. Lisboa: DGS; 2017.

[file:///C:/Users/gastro/Downloads/DGS_PNDO2017_V10%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gastro/Downloads/DGS_PNDO2017_V10%20(1).pdf)

Diário da república 2ª série- nº26 reg.nº 140/2019, 6 fevereiro);

Diário da república 2ªs série – nº151, regulamento nº 515/2018, 7 agosto

Diário da república, 1º série-nº157/2018, artigo15.-16 agosto

Dufault, K.Martocchio, B.C.(1985). *Hope: its spheres and dimensions Nurs Clin North America*. 20(2), 379-391

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (Second Edition). F.A.: Davies Company. Acedido em 22 Outubro, 2018, em: <http://pt.scribd.com/doc/240196420/Fawcett-Contemporary-Nursing-Knowledge-2-Ed>.

Fernandes, M. (2015). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP. Relatório de Trabalho de projeto*. Escola Superior de Saúde do

Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal. Acedido a 6 de março de 2019 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13538/1/relatório%20estágio%20-%20final.pdf>

Ferreira, M. et al. (2009). *Cuidar em Enfermagem - Percepção dos utentes*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358366_FCS_06_.pdf

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Frias, C. (2001). *A aprendizagem do cuidar e a morte – um desígnio do enfermeiro em formação*. Tese de mestrado. Faculdade de Ciências da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Acedido a 26 de fevereiro de 2019 em: <http://run.unl.pt/handle/10362/296>

Gameiro, (2006). *ARTE(S) DE CUIDAR- Ciclo de Colóquios, Cultura e doença mental- o poder do outro dor e sofrimento*. Lusociência, loures

Gameiro, M. (2000). *IESSD: Um instrument para a abordagem do sofrimento na doença*. Revista Referência n.º 4 – maio – 2000. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=100&id_revista=5&id_edicao=19

George, J. e Colaboradores. (2000). *Teorias De Enfermagem: os Fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Gil, A. (abril 2012). *Relação de Ajuda: Percepção da criança dos 6 aos 10 anos*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido a 28 de dezembro se 2018 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1744/1/GIL%20Alexandra%20Jo%C3%A3o%20Rodrigues%20Marques%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem- Pensamento e acção na perspetiva do cuida*. Loures: Lusociência.

ICN – International Council of Nurses (2006) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Institute The Joanna Briggs. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs.

Joanna Briggs Institute (2015). *Methodology for JBI Scoping reviews*. The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-ScopingReviews_2015_v2.pdf

Le Boterf, Guy (1994). *Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar*. Formar nº 10

Le Boterf, G. (2000). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. 3ª Edição, Artmed, Brasil

Lopes, A.L.M; Fracolli, L.A. (2008). *Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem*. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf>

Lopes, M. (2000). *Conceções de Enfermagem e Desenvolvimento socio-moral, alguns dados e implicações*. Lisboa: Artlandia.

Lopes, M. (2006), *A Relação Enfermeiro Doente como intervenção terapêutica*, Formasau, Coimbra

Magão, M. T.; Leal, I. (2001). *A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro*. In: DIAS, Maria do Rosário; DURÀ, Estrella. *Territórios da Psicologia Oncológica*. 1a ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. p.321-344.

Maia, H. et al. (2007). *Manual de Ajuda Mútua*. Acedido a 28 de dezembro se 2019 em: <http://ajuda-mutua.blogspot.com/>

Mendes, O. (2010). *Relatório de estágio*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em <http://repositorio.ucp.pt/browse?type=author&value=Mendes%2C+Patr%C3%ADcia+Alexandra+de+Amorim+Passos+Nascimento>

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Miranda, A. (2008). *Bioética e saúde mental: no limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22144/3/Biotica%20e%20Sade%20Mental.pdf>

- Monteiro, A. (2014). *Da desesperança à esperança – Intervenções de enfermagem de saúde mental. Saúde e Ciência.*
- Nabais, António. (2008). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos.* Ordem dos Enfermeiros, n.º 30. 38-43.
- Nunes L, Amaral M, Gonçalves R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.* Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Nunes L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em todos os caminhos.* Loures: Lusociência
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem.* Loures: Lusodidacta.
- O'Connor, P. (1990). *Hope: A Concept for Home Care Nursing. Home Care Provider.* Vol. 1, o 4 (1996), p.175-179.
- Oliveira, R. e tal. (Março- Abril, 2010). *A entrevista nas pesquisas qualitativas de enfermagem pediátrica.* Rev Bras Enferm, Brasília, 63(2): 300-6. Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019594020>
- Oliveira, A. [2017]. *Entrevista de Enfermagem e o Exame físico.* Acedido a 27 de dezembro de 2018 em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwidi6_yx7nYAhWK1RQKHdK2BeIQFgg2MAI&url=http%3A%2F%2Fucbweb.castelobranco.br%2Fwebcaf%2Farquivos%2F13149%2F6659%2FENTREVISTA_DE_ENFERMAGEM_E_O_EXAME_FISICO.doc&usg=AOvVaw1IKE7M9f-QvDvHt-xxvkY2
- Ordem dos enfermeiros. (2010b, maio). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista.* Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos.*
- Ordem dos Enfermeiros – Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental.* Acedido a 28 de dezembro de 2019 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2003). *Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Acedido a 28 de dezembro de 2019 <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Código Deontológico do Enfermeiros: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 1.0. Geneva.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico*. Consultado em 18 de janeiro de 2019, em Ordem dos Enfermeiros:

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Consultado em 18 de janeiro de 2019, em Ordem dos Enfermeiros:

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental*. Aprovado por unanimidade em assembleia geral extraordinária de 20 de novembro de 2010. Acedido a 28 de dezembro de 2018 http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoIdoneidadeFormativa_AG29Maio2010VCorrecta_25Jun2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido a 28 de dezembro de 2018 <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE), & European Commission. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018, State of health in the EU cycle*. Disponível em: (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspetiva ética*. Lusociência. Loures

- Peplau, H. (1992). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Ediciones Científicas Y Técnicas, S.A.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, S. M. O. (2011). *A Espiritualidade e a Esperança da Pessoa com Doença Oncológica*. (dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade Do Porto. Acedido a 28 de dezembro de 2018 https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AvNZNGsMi8AJ:https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file%3Fpi_doc_id%3D37029+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Pinto, S., Caldeira, S. & Martins, J. C. (2012). *A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia*. Revista de Enfermagem Referência. 3, (7). Acedido a 28 de dezembro de 2018 : <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11148>
- Pires, A. (2005). *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Pordata, (2015). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança em cuidados Paliativos*. tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de medicina de Lisboa. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/120/1/A%20Esperança%20em%20Cuidados%20Paliativ.pdf>
- Ramos, C. S. A. (2013). *A Esperança e o Sofrimento no Doente Oncológico Paliativo*. (dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1183/1/Carla_Ramos.pdf
- Regulamento de Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (2018). Associação das Escolas Superiores De Enfermagem e Saúde. Documento facultado pela coordenação do curso de Mestrado Integrado em Enfermagem em Associação
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República*: 2ª Série – Nº 26. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 28 de março de 2019 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. *Diário da República* 2ª série – N.º 122. *Ordem dos Enfermeiros* – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <https://dre.tretas.org/dre/923766/regulamento-356-2015-de-25-de-junho>

Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República* 2ª série – N.º 151. *Ordem dos Enfermeiros* – Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar – Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência

Rodrigues, A. (2012) *A Abordagem Centrada na Pessoa e a Relação de Ajuda em Contexto de Comunidade Religiosa: Estudo Exploratório Realizado em Duas Comunidades da Zona Metropolitana de Lisboa*. Tese de Mestrado. Universidade Autónoma de Lisboa. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/179>

Rodrigues, M. B. (2017). *Biossegurança: Quais EPIS são necessários em serviço de radiologia*. *State of The Art Radiology*. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <http://www.star.med.br/biosseguranca-quais-epis-sao-necessarios-em-servicoseradiologia/>

Rodrigues, S. (2003). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da escala de Jefferson*. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Roldão, Maria do Céu (2003). *Gestão do Currículo e avaliação de Competências: As questões dos professores*. Editorial Presença, Lisboa

Rosário, E. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Tese de mestrado. Universidade Aberta. Lisboa. Acedido a 28 de dezembro de 2018 <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf>

Rua, M. (2012). *A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <http://webs.uvigo.es/xie2011/No%20Vigo/XIE2011-053.pdf>

Ruivo, A. Ferrito, C. (2010). *Metodologia de projecto: Coletânea descritiva das etapas*. Revista Percursos. N.º 15. Escola Superior de Saúde, IPS: Setúbal

- Rusten, T., Cooper, B., Miaskowski, (2011). *A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients*. Elsevier: European Journal of Oncology Nursing.
- RUSTØEN, T e outros (1998). *Nursing Intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients*. Cancer Nursing. Vol. 21, no4 (1998), p.235-245.
- Sackett, D.L, Rosenberg, W.M.C, Gray J.A.M, Haynes R.B, Richardson W.S.(1996). *Evidence based medicine:Wath it is and What it isn` t*. BMJ, 312(7023), 71-72.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, J. (2000). *Desenvolvimento pessoal (3ª ed)*. Lisboa: Edição Monitor.
- Silva, A., Costa I. e M. Alves. (2011). *Investigação em Saúde – Multiplos enfoques*. Natal – RN EDUFRN. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4108/1/INVESTIGAÇÃO%20EM%20SAÚDE%20-%20202.pdf>
- Simões, J. (2014). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem – A Perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Universidade de Aveiro. Aveiro. Acedido a 28 de dezembro de 2018 em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/1393>
- Sousa, A. F. S. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde*. Coimbra: Formasau
- Stavarski, D. (2018). *A Descriptive Study of How Nurses Can Engender Hope*. MEDSURG Nursing, 27(1), 24–31.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra, modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Townsend, Mary C. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis,
- Wakiuchi, J., Marchi, J., Norvila, L. Marcon, S., Sales, C. (2015). *Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia*. Acta PaulEnferm. 28(3): 2002-8.
- Watson, J. (2002), *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar – Uma teoria de Enfermagem*. Camarate: Lusociência
- Yalom, I. (2005). *Psicoterapia de grupo (5ª edição)*. (R. Osório, Trad.) São Paulo: Artmed.

ANEXOS

Anexo I - Inventário de Experiência Subjetivos de Sofrimento na Doença

INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DE SOFRIMENTO NA DOENÇA (IESSD)

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder a experiências das pessoas doentes. Por favor indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo, marcando com uma cruz [x] a respetiva quadrícula de acordo com a legenda.

1. Não corresponde nada ao que se passa comigo/ é totalmente falso
2. Corresponde pouco ao que se passa comigo
3. Corresponde bastante ao que se passa comigo
4. Corresponde muito ao que se passa comigo
5. Corresponde totalmente ao que se passa comigo/ é totalmente verdadeiro

01. Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	1	2	3	4	5
02. Penso muito na gravidade e consequências da minha doença	1	2	3	4	5
03. Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer	1	2	3	4	5
04. Sinto que a doença me está a roubar tempo para fazer aquilo que gostaria	1	2	3	4	5
05. Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca	1	2	3	4	5
06. Desde que fiquei doente sinto-me triste	1	2	3	4	5
07. Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego	1	2	3	4	5
08. A doença obriga-me a pôr de lado alguns projetos importantes que tinha em mente	1	2	3	4	5
09. Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero	1	2	3	4	5
10. Desde que estou doente tenho sentido mais a falta da minha família	1	2	3	4	5
11. Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
12. Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto	1	2	3	4	5
13. Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença	1	2	3	4	5
14. Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física	1	2	3	4	5
15. A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida	1	2	3	4	5
16. Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade	1	2	3	4	5
17. Preocupo-me com as dores que posso vir a ter	1	2	3	4	5
18. Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas más que me poderão acontecer	1	2	3	4	5
19. Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença	1	2	3	4	5
20. Não consigo encontrar posição para estar confortável	1	2	3	4	5
21. Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida	1	2	3	4	5
22. A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas	1	2	3	4	5
23. Tenho dores difíceis de suportar	1	2	3	4	5

24. Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a <i>(continuação)</i>	1	2	3	4	5
25. Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer	1	2	3	4	5
26. Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro	1	2	3	4	5
27. Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer	1	2	3	4	5
28. A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio/a	1	2	3	4	5
29. Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro	1	2	3	4	5
30. A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa	1	2	3	4	5
31. Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	1	2	3	4	5
32. Tenho receio de ficar com alguma deficiência física	1	2	3	4	5
33. A minha doença causa-me angústia	1	2	3	4	5
34. Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família	1	2	3	4	5
35. O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar	1	2	3	4	5
36. Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto	1	2	3	4	5
37. Sinto que pouco posso esperar do meu futuro	1	2	3	4	5
38. Acho que vou recuperar as minhas forças	1	2	3	4	5
39. Desde que estou doente tenho sentido muitos medos	1	2	3	4	5
40. Desde que estou doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida	1	2	3	4	5
41. Tenho dores que não me deixam descansar	1	2	3	4	5
42. Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos	1	2	3	4	5
43. Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente	1	2	3	4	5
44. Penso que vou melhorar	1	2	3	4	5

© GAMEIRO, McINTYRE, 1997

Anexo II - Escala de Esperança de Herth (HHI-PT)

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (HHI-PT)

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [x] na caixa que descreve quanto concorda com esta afirmação neste preciso momento.

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

© 1989 Kaye Herth (1999) Versão portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana, António Barbosa, Maria dos Anjos Dixe, Ana Querido (2010)

1, 2, 6, 11 - Sentido interior de temporalidade e futuro (mede dimensão cognitiva-temporal da esperança)

4, 7, 10 e 12 - Disponibilidade interior positiva e expectativa (mede a dimensão afetiva-comportamental da esperança)

3, 5, 8 e 9 - Interligação consigo própria e com os outros (mede dimensão afiliativa-contextual da esperança)

Anexo III - Terapia das Reminiscências

TERAPIA POR REMINISCÊNCIAS

“Objetivos: Ajustar o comportamento atual e melhorar a adaptação a circunstâncias do presente, do utente, promovendo a lembrança de eventos, sentimentos e pensamentos passados.

Tempo Necessário: 46-60 minutos

Atividades:

- ✓ Ajustar a duração da sessão de acordo com a capacidade de atenção do utente
- ✓ Assistir utente a abordar memórias dolorosas (Ativam sentimentos negativos), identificando habilidades anteriores de coping (ser empático ao comentar afetividade ligada às lembranças)
- ✓ Assistir utente a recordar ou falar da sua história (avaliar importância das memórias)
- ✓ Determinar o método mais eficiente de reminiscência (revisão estruturada de vida, discussão)
- ✓ Encorajar utente a expressar verbalmente sentimentos (positivos e negativos) relativos a eventos passados (observar linguagem corporal, expressão facial e tom de voz)
- ✓ Facilitar uso de elementos que estimulem a memória (música, perfumes, fotografias)
- ✓ Identificar com o utente um tema para cada sessão (vida profissional)
- ✓ Manter o foco da sessão mais no processo do que no resultado
- ✓ Priorizar utilização de perguntas diretas (abertas-fechadas) sobre passado de utente
- ✓ Providenciar feedback positivo imediato a utentes com prejuízo cognitivo” Amaral A.C. (2010, p.96)

BIBLIOGRAFIA

Amaral, A. C. (2010) Prescrições de Enfermagem em saúde Mental mediante CIP Loures: lusociência – Edições Técnicas e Científicas, lda

Anexo IV - Terapia de Relaxamento

“Se um homem sempre insistisse em ser uma pessoa séria e nunca se permitisse um pouco de alegria e relaxamento, ele enlouqueceria ou se tornaria instável sem saber.”

Heródoto-484-425^a.c.

” *Relaxamento* consiste numa diminuição da tensão ou intensidade, com a finalidade do descanso do corpo e mente. Sugere um estado de tranquilidade refrescante.”

Para Townsend (2011, p.228), “O uso da técnica do relaxamento pode antecipar muitos sintomas de stress.”. Num estado de relaxamento profundo, a frequência respiratória pode ser muito baixa. A pressão sanguínea diminui e o ritmo metabólico abranda. A tensão muscular diminui, as pupilas contraem-se e os vasos sanguíneos periféricos dilatam-se, levando a um aumento da temperatura e uma sensação de calor nas extremidades.”. Os benefícios associados à obtenção do estado de consciência incluem um aumento da criatividade, memória e capacidade de concentração.”

Relaxamento Progressivo

Townsend (2011,p.231) “ O relaxamento progressivo é um método de relaxamento progressivo, foi desenvolvido por Chicago Edmond Jacobson. A sua técnica baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular.”

Relaxamento Progressivo Modificado (ou passivo)

Neste relaxamento o individuo aprende a relaxar os músculos concentrando-se na sensação de relaxamento dentro do músculo. Este relaxamento pode ser feito pela própria pessoa, ou feito por uma pessoa a outra. Podemos acompanhar com música de fundo lenta e suave.

1. Assuma uma posição confortável. Algumas sugestões incluem as seguintes:
 - ✓ Sentar-se direito numa cadeira com as mãos no colo ou dos lados e pés totalmente apoiados no chão.
 - ✓ Sentar-se numa cadeira reclinável com as mãos no colo ou dos lados e as pernas elevadas apoiadas numa superfície.
 - ✓ Deitar-se com a cabeça ligeiramente elevada por um travesseiro e com os braços dos lados do corpo.
2. Feche os olhos e respire profundamente três vezes pelo nariz, soltando lentamente o ar pela boca;
3. Deixe que uma sensação de paz desça sobre si – uma sensação agradável de estar confortável e à vontade;
4. Permaneça neste estado por alguns minutos;
5. Agora é a altura de retomar a atenção para as diversas partes do corpo;
6. Comece pelos músculos da cabeça, face, garganta e ombros. Concentre-se nestes músculos, prestando particular atenção aos da testa e maxilares. Sinta a tensão

deixar a área. Os músculos começam a parecer relaxados, pesados e quentes. Concentre-se nesta sensação durante alguns minutos.

7. Agora deixe a sensação de relaxamento continuar a espalhar-se para baixo até aos músculos dos seus braços, antebraços e mãos. Concentre-se nestes músculos. Sinta a tensão dissolver-se, os músculos começam a parecer relaxados e pesados. Uma sensação de calor espalha-se através dos músculos até às pontas dos dedos das mãos. Parecem muito quentes e muito pesados. Concentre-se nesta sensação durante alguns minutos.
8. A tensão continua a dissolver-se e está a sentir-se muito relaxado. Dirija a sua atenção para os músculos do tórax, abdómen e região inferior das costas. Sinta a tensão deixar estas áreas. Deixe esses músculos ficarem bastante relaxados. Começam a parecer muito quente e pesados. Concentre-se nessa sensação durante alguns minutos.
9. A sensação de relaxamento continua a espalhar-se para baixo enquanto passarmos para os músculos das coxas, nádegas, pernas e pés. Sinta a tensão a descer e a sair do corpo. Esses músculos parecem agora estar bastantes relaxados. Está a sentir as pernas muito pesadas e muito moles. Uma sensação de calor espalha-se pela área, até aos dedos dos pés- Pode sentir que toda a tensão foi libertada.
10. Todo o seu corpo está relaxado e quente. Ouça a música por alguns momentos e concentre-se nessa sensação de relaxamento e calor. Respire várias vezes lenta e profundamente pelo nariz, libertando o ar pela boca. Continue a concentrar-se em quão relaxado e quente se sente.
11. Agora é altura de reorientar a sua concentração para o presente e acordar o seu copo para retomar a atividade. Abra os olhos e estique ou massageie os músculos. Agite os dedos das mãos e dos pés. Respire fundo novamente, levante-se e aprecie a sensação de energia renovada.

Bibliografia

- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lusociência. Loures.

APÊNDICE

Apêndice I - Resumo de ARTIGO (Revisão Integrativa)

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NA PROMOÇÃO DA ESPERANÇA À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Silva Maria¹; Leal Paula²

RESUMO

OBJECTIVO: A esperança, sendo um sentimento, é uma estratégia que ajuda a pessoa a ultrapassar as adversidades da vida, fornecendo uma razão para viver. Esta revisão integrativa de literatura pretende investigar a mais recente evidência científica de intervenção especializada na área da Saúde Mental na promoção de Esperança à pessoa com doença oncológica através da análise da evidência científica existente, promovendo o pensamento reflexivo e contribuindo para a melhoria da prática clínica baseada na evidência científica em Enfermagem.

METODOLOGIA: Para esta revisão integrativa da literatura foram incluídos 4 estudos: uma revisão crítica da literatura, um estudo descritivo correlacional, um estudo quantitativo de corte transversal e um estudo longitudinal. Publicados no horizonte temporal de 2011 a 2018, nas bases eletrónicas Medline, Cinahl e Pubmed.

RESULTADOS: Cabe ao Enfermeiro identificar, apoiar as potencialidades e forças da pessoa, só depois procede ao ensino de estratégias de reenquadramento cognitivo que reforçam a auto eficácia e a capacidades das pessoas. Ou seja, existem várias estratégias promotoras de esperança ao nível da pessoa em tratamento de quimioterapia, das quais se destacam a identificação das suas potencialidades e das suas forças através da entrevista, a planificação de objetivos atingíveis e formas de os concretizar.

Constata-se ainda que é uma área pouco explorada ao nível da oncologia carecendo de investigação.

CONCLUSÕES: A evidência mostra uma forte correlação entre as relações estabelecidas entre a pessoa e o enfermeiro sendo a qualidade das relações interpessoais um dado influenciador de Esperança. A intervenção psicoterapêutica é o instrumento de eleição dos vários autores. A Esperança na Saúde Mental é reforçada como um prognóstico positivo na vida da pessoa com doença oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Esperança, Enfermagem, Saúde Mental e Pessoa oncológica.