

Universidade Fernando Pessoa

Porto

**Provas Públicas para obtenção do Título Académico de Agregado em
“Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, especialização em
Perturbações da Linguagem”**

Relatório apresentado nos termos da alínea b) do n.º 5 do Decreto-Lei n.º 239/2007,
de 19 de Julho, no âmbito do ramo de conhecimento em Desenvolvimento e
Perturbações de Linguagem, especialização em Perturbações da Linguagem

Unidade Curricular de **Comunicação e Relação de Ajuda** – Plano de Estudos do
Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
2.º Ciclo – Programa, conteúdos e métodos de ensino

Ana Maria Nunes Português Galvão

Janeiro de 2019

Universidade Fernando Pessoa

Porto

**Provas Públicas para obtenção do Título Académico de Agregado em
“Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, especialização em
Perturbações da Linguagem”**

Relatório apresentado nos termos da alínea b) do n.º 5 do Decreto-Lei n.º 239/2007,
de 19 de Julho, no âmbito do ramo de conhecimento em Desenvolvimento e
Perturbações de Linguagem, especialização em Perturbações da Linguagem

Unidade Curricular de **Comunicação e Relação de Ajuda** – Plano de Estudos do
Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
2.º Ciclo – Programa, conteúdos e métodos de ensino

Ana Maria Nunes Português Galvão

Janeiro de 2019

Índice

INTRODUÇÃO.....	5
OBJETIVOS DO RELATÓRIO	5
JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DA UNIDADE CURRICULAR	6
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO DA UNIDADE CURRICULAR “COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO DE AJUDA” NO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	9
RELAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR COM OUTRAS UNIDADES CURRICULARES DO MESTRADO	11
OBJETIVOS DA UNIDADE CURRICULAR “COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO DE AJUDA”	18
CAPÍTULO 2 – PROGRAMA E PLANIFICAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR “COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO DE AJUDA”	21
APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DETALHADO E RESPECTIVOS CONTEÚDOS	23
ESTRUTURA DO PROGRAMA E CONTEÚDOS	23
AULA 1 – A COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO DE AJUDA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM	25
AULA 2 - AS LINGUAGENS DA COMUNICAÇÃO: PRINCIPAIS PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM AO LONGO DO CICLO VITAL E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	37
AULA 3 - CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DA RELAÇÃO DE AJUDA E COMPONENTES DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA	55
AULA 4 - A HUMANTIDADE – UMA FERRAMENTA DA COMUNICAÇÃO PROXÉMICA.....	65
AULA 5 - A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS E GESTÃO DO PROCESSO DE LUTO.....	73
AULA 6 - RELAÇÃO DE AJUDA E OS CONTEXTOS PROFISSIONAIS	93
AULA 7 - RELAÇÃO DE AJUDA JUNTO DA FAMÍLIA.....	99
CAPÍTULO 3 – MÉTODO DE ENSINO E SISTEMA DE AVALIAÇÃO	109
OBJETIVOS DO ENSINO BASEADO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
MÉTODO DE ENSINO	114
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS DA UNIDADE CURRICULAR.....	117
TRABALHO AUTÓNOMO A DESENVOLVER PELOS MESTRANDOS	121
METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO	121
NOTAS FINAIS	123
REFERÊNCIAS GERAIS DA UNIDADE CURRICULAR.....	127
ANEXOS.....	145
ANEXO 1: ESTRUTURA SUGERIDA PARA ELABORAÇÃO DE UM ARTIGO CIENTÍFICO	147

ANEXO 2: ESTRUTURA SUGERIDA PARA UM PROJETO DE TRABALHO DENTRO DAS TEMÁTICAS ABORDADAS NA UNIDADE CURRICULAR.....	148
ANEXO 3: ESTRUTURA SUGERIDA PARA UM POSTER CIENTÍFICO	149
ANEXO 4: RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DOS TRABALHOS PRÁTICOS: ARTIGO, PROJETO DE TRABALHO E PÓSTER.....	151

Índice de Quadros

QUADRO 1 - PLANO DE ESTUDOS DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	14
QUADRO 2 - PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES E DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS LETIVOS	120

Índice de Tabelas

TABELA 1 - UNIDADES CURRICULARES SUBSIDIÁRIAS E/OU RELACIONADAS DA UC COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO DE AJUDA	14
TABELA 2 - TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA	29
TABELA 3 - DADOS REFERENTES AO AVC EM PORTUGAL.....	43
TABELA 4 - AS QUATRO DIMENSÕES DE LITERACIA EM SAÚDE DE ACORDO COM SØRENSEN ET AL. (2012)	49
TABELA 5 - REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O TEMA HUMANITUDE.....	69

Índice de Figuras

FIGURA 1 - SYLLABUS DA UNIDADE CURRICULAR	24
FIGURA 2 - MODELO DE LITERACIA EM SAÚDE (KICKBUSCH, 2004).....	47

Lista de Abreviaturas

A3ES	Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
AVC	Acidente(s) Vascular(es) Cerebral
b-learning	Blended Learning
CRA	Comunicação e Relação de Ajuda
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTeSP	Curso Técnico Superior Profissional
EBC	Ensino Baseado nas Competências
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
FCC	Formação em Competências Comunicacionais
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
MGM	Método Gineste Marescotti
NARIC	National Academic Recognition Information Centre
OMS	Organização Mundial de Saúde
QI	Quociente de Inteligência
UA	Universidade de Aveiro
UC	Unidade Curricular
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UTAD	Universidade de Trás os Montes e Alto Douro
WHO	World Health Organization

Página deixada propositadamente em branco

Introdução

Objetivos do Relatório

Nos termos do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Junho, e em especial o estipulado na linha b) do seu artigo 5.º, os candidatos a provas públicas de agregação devem apresentar um “relatório sobre conteúdos e métodos de organização científica e de execução pedagógica de uma unidade curricular, grupo de unidades curriculares, ou ciclo de estudos, no âmbito do ramo de conhecimento ou especialidade em que são prestadas as provas” de uma unidade curricular (UC) inscrita no conjunto de matérias abrangidas pela área científica em que são admitidos a concurso de provas públicas

Neste sentido, optou-se por elaborar o presente relatório sobre conteúdos e métodos de organização científica e de execução pedagógica de uma unidade curricular. O presente relatório tem por objetivo cumprir com a exigência legal e procedimentos atrás referidos, relativamente às provas de agregação no ramo de conhecimento de **Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem** – Área específica: **Comunicação em Saúde**, a prestar pela autora deste relatório na **Universidade Fernando Pessoa**.

A unidade curricular objeto de análise neste relatório representa uma unidade curricular que integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, criado em 2013, estando atualmente em funcionamento a 5ª edição do respetivo curso.

Conforme definido no n.º 3 do artigo 18º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho, no ensino universitário, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve “assegurar que o estudante adquira uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais”.

Este Decreto Lei, no que respeita aos ciclos de estudos, refere na sua nota introdutória que

... a questão central no Processo de Bolonha é o da mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica - instrumentais, interpessoais e

sistémicas - quer as de natureza específica associadas à área de formação, e onde a componente experimental e de projeto desempenham um papel importante.

Para a concretização dos pressupostos deste modelo o planeamento do curso, dos temas a abordar e do funcionamento das aulas constitui uma componente fundamental. Este planeamento implica definir escolhas no que respeita aos conteúdos programáticos a lecionar e selecionar estratégias que motivem o estudante.

Para o efeito, este relatório apresenta os objetivos, os conteúdos programáticos, os métodos de ensino da unidade curricular Comunicação e Relação de Ajuda (CRA) afeta ao Departamento de Ciências Sociais e de Gerontologia do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e as metodologias de avaliação.

O presente relatório procura, assim, evidenciar as escolhas da autora, e respetiva justificação, relativamente aos objetivos programáticos, os respetivos conteúdos e métodos de ensino da Unidade Curricular Comunicação e Relação de Ajuda do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, ministrada, simultaneamente e de forma integrada, no Instituto Politécnico de Bragança, na Universidade de Aveiro e na Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Justificação da Escolha da Unidade Curricular

A escolha da unidade curricular de Comunicação e Relação de Ajuda teve por base os fatores que a seguir se apresentam:

- A leção de unidades curriculares na área da comunicação em saúde, relacionamento interpessoal, relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica há mais de dez anos, nomeadamente em cursos de mestrado, pós-graduação, licenciatura e em cursos técnicos superiores profissionais (CTeSP);
- O facto de a autora desenvolver várias atividades formativas e comunicacionais sobre o desenvolvimento humano, comunicação em saúde e

relação terapêutica, em contextos diversos: escolas; Liga Portuguesa contra o Cancro; estruturas residenciais de idosos; seminários e workshops;

- O facto de a autora desenvolver investigação académica na área das competências comunicacionais em saúde e literacia em saúde tendo publicado vários artigos científicos em revistas indexadas e participado em congressos e seminários sobre esta temática;
- A necessidade de colmatar a lacuna formativa existente na maioria dos cursos das áreas da saúde, em relação ao ensino da utilidade das práticas que visem a promoção do desenvolvimento humano na área específica da linguagem e de estratégias de comunicação assertiva.

Página deixada propositadamente em branco

Capítulo 1 – Enquadramento da Unidade Curricular “Comunicação e Relação de Ajuda” no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Página deixada propositadamente em branco

Relação da Unidade Curricular com outras Unidades Curriculares do Mestrado

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (2.º Ciclo), de acordo com a descrição do curso e o plano do curso, acreditado pela A3ES, pretende dar resposta às necessidades da pessoa e família numa lógica de promoção da saúde da prevenção da doença e suas complicações.

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa.

As práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem (Chandran, Corbin, & Shillam, 2016; Finfgeld-Connett, 2005; Pask et al., 2018).

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, sendo tradicionalmente os enfermeiros que cuidavam das pessoas no seu domicílio. A interação com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, evidenciando-se a enfermagem de família, no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global (Finfgeld-Connett, 2005).

Nesta perspetiva, a enfermagem de família, reportando-se à relação entre os elementos que se influenciam mutuamente e evoluem numa interação recíproca e cumulativa, é consubstanciada num paradigma ecossistémico (Bronfenbrenner, 1986).

Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem enfatiza as interações entre os membros da família para que estes possam em conjunto *tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável* (Hennessy & Gladin, 2006).

Nesta perspetiva os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar, concebendo a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família.

Os pressupostos sistémicos associados à enfermagem de família integram uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na procura de soluções para os problemas identificados e, englobando-a no planeamento e execução das intervenções.

A enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da família, do mesmo modo que as perceções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros.

A família, enquanto grupo identitário, constitui-se assim como fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento. A adaptação às novas situações, sejam elas internas ou externas, assegura a mudança e continuidade da família, que, revestida de mais ou menos stresse, possibilita o funcionamento efetivo do sistema familiar que se processa num contexto co-evolutivo e transformativo. Compreendemos assim o foco da enfermagem de família nas relações e nas interações, em que a finalidade da intervenção é a mudança, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar.

Em síntese, os objetivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais, que derivam de questões de saúde e dos processos de vida. Por isso torna-se essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Pretende-se com este ciclo de estudos, ainda, o aperfeiçoamento de métodos e técnicas de investigação de forma a fundamentar a prática especializada, tendo como objetivos transversais:

1. Contribuir para a formação de um profissional capaz de desenvolver competências ao nível dos desafios que se colocam às famílias, decorrentes das necessidades em cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, das problemáticas de saúde e das mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas;
2. Promover conhecimentos e metodologias de intervenção em Enfermagem Familiar;
3. Capacitar para a reflexão crítica no âmbito da prestação de cuidados à família ao longo da vida;
4. Habilitar para o desenvolvimento de investigação científica visando respostas em função das especificidades das pessoas e famílias alvo de cuidados e dos contextos de trabalho;
5. Incrementar o desenvolvimento de um profissional colaborativo capaz de se adaptar às características e desafios emergentes, complexos e imprevisíveis dos contextos de saúde.

Destinatários

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar destina-se a licenciados em enfermagem e/ou detentores de um Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, candidatos cujo curriculum escolar, científico ou profissional demonstre adequada preparação para a frequência do mestrado, os titulares de um grau académico superior estrangeiro e os detentores de um currículo escolar, científico ou profissional relevante, conforme consta da descrição do Sistema de Ensino Superior Português, disponibilizada pelo NARIC.

Plano de estudos

O Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, possui 90 créditos ECTS, divididos pelas áreas de Enfermagem (74), Psicologia (8), Ciências Sociais (4) e Gestão (4), e distribuídos pelas Unidades Curriculares conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Ano	Sem	Tipo	Unidade Curricular	Área Científica	Tempo de trabalho (horas)		Créditos ECTS
					Total	Contacto	
1	1	Semestral	Comunicação e Relação de Ajuda	PSI	108.0	45.0	4.0
1	1	Semestral	Enfermagem de Família: dos referenciais à Prática	ENF	108.0	45.0	8.0
1	1	Semestral	Ética e Direito em Saúde	CS	108.0	45.0	4.0
1	1	Semestral	Gestão em Saúde	GEA	108.0	45.0	4.0
1	1	Semestral	Metodologias de Investigação em Enfermagem	ENF	108.0	45.0	6.0
1	1	Semestral	Supervisão Clínica	ENF	108.0	45.0	4.0
1	2	Semestral	A Família como Unidade de Cuidados	ENF	108.0	45.0	4.0
1	2	Semestral	Estágio	ENF	108.0	45.0	4.0
1	2	Semestral	Intervenção Sistémica na Família	ENF	108.0	45.0	8.0
1	2	Semestral	Modelos e Teorias de Avaliação Familiar	ENF	108.0	45.0	6.0
1	2	Semestral	Seminário	ENF	108.0	45.0	4.0
1	2	Semestral	Transições Familiares	PSI	108.0	45.0	4.0
2	1	Semestral	Dissertação/Trabalho de Projeto/Estágio de Natureza	ENF	108.0	45.0	30.0

(fonte: <http://essa.ipb.pt/index.php/essa/cursos/mestrados/enfermagem-de-saude-familiar/plano-de-estudos>)

Da informação do Quadro 1, considera a autora que as Unidades Curriculares que maior interligação e subsidiarização apresentam com a UC de Comunicação e Relação de Ajuda, são as que se apresentam na

Tabela 1.

Tabela 1 - Unidades Curriculares subsidiárias e/ou relacionadas da UC Comunicação e Relação de Ajuda

UC	Objetivos	Conteúdos
Intervenção Sistémica na Família	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver o processo de cuidados de enfermagem em colaboração com a família numa perspetiva ecológica da unidade familiar, integrando-a numa perspetiva sistémica; Identificar as necessidades da família, considerando a complexidade dos processos familiares inerente ao seu desenvolvimento; Desenvolver os principais fundamentos teóricos da abordagem sistémica; Analisar o modelo de prática da intervenção sistémica familiar; Explorar programas e as estratégias de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Origem e fundamentos da abordagem sistémica - teoria geral dos sistemas <ul style="list-style-type: none"> - cibernética - teorias da comunicação Prática da orientação sistémica. <ul style="list-style-type: none"> - Conceitos: <ul style="list-style-type: none"> - problema; - mudança; - solução - Papel e competências do mediador Estratégias e programas de intervenção familiar <ul style="list-style-type: none"> - Modelos de terapia familiar: estrutural, paradoxal, centrada nas soluções - Modalidades de intervenção em rede (comunitários): modelos colaborativos - Intervenções em situações específicas: família com doentes crónicos e

	sistémica na família.	<p>intervenção psicoeducativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famílias multi-assistidas - Intervenção em sistemas alargados • Modelos de intervenção em rede – intervenções em rede mista
Enfermagem de Família: dos referenciais à Prática	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os referenciais onto-epistemológicos da enfermagem de saúde família. • Identificar a relação entre a investigação, o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar e a prática fundamentada. • Refletir sobre o percurso e enquadramento da enfermagem de saúde familiar, enquanto área de atuação especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os Referenciais <ul style="list-style-type: none"> - Conceitos em enfermagem de saúde familiar - Pensamento sistémico Da noção de sistema a uma visão sistémica • O Triângulo teórico <ul style="list-style-type: none"> - Teorias da terapia familiar - Teorias de enfermagem • A Investigação <ul style="list-style-type: none"> - Da investigação relacionada com a família à investigação familiar - A prática enfermagem baseada na evidência em prol da qualidade dos cuidados de prestados à família • As Práticas <ul style="list-style-type: none"> - Do enquadramento conceptual do enfermeiro de saúde familiar (ESF) às experiências de implementação - Políticas de saúde e políticas sociais (reconfiguração dos CSP, RNCCI) - Enfermeiro de família (enquadramento internacional e nacional) - Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar - Monitorização da implementação e da qualidade do modelo assistencial - Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar - Áreas de partilha com outros enfermeiros especialistas e outros profissionais - Organização trabalho enfermeiro família (300/400) famílias, 1550 utentes, área geográfica
A Família como Unidade de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualizar a enfermagem de saúde familiar como área de desenvolvimento contemporâneo numa abordagem multidisciplinar; • Identificar os vários modelos conceptuais de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Família <ul style="list-style-type: none"> - Modelos conceptuais e funções da família - Estruturas familiares e configurações familiares - Políticas sociais e programas de saúde para a família

	<p>que orientam para a família como unidade cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar a complexidade do sistema familiar ao longo do ciclo vital e em contextos de multiculturalidade; • Desenvolver competências no âmbito da enfermagem de família ao longo do ciclo vital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura, género e poder na família - Conceção sistémica da família: do modelo homeostático ao modelo evolutivo • Saúde Familiar - Dimensões ecológicas de saúde familiar - Indicadores e determinantes contextuais da saúde familiar - Humanização e bioética na saúde da família - Educação, comunicação e competência familiar - Fatores condicionantes de saúde familiar - Promoção da saúde familiar Ambiente familiar - Níveis estruturais: do micro ao macrossistema - Macrotempo: contexto, tempo e história - Processos proximais - Redes sociais • Cuidados de enfermagem à família - Princípios de intervenção colaborativa - Intervenção de enfermagem na família ao longo do ciclo vital aos três níveis de prevenção. - Intervenção em situação de doença aguda, doença crónica e na família disfuncional.
<p>Modelos e Teorias de Avaliação Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos sobre o processo de cuidados em parceria com as famílias, motivando-as para a tomada de decisão e gestão dos seus cuidados de saúde. • Identificar os modelos inerentes à abordagem familiar no contexto de cuidados, com ênfase na família. • Conhecer as técnicas, instrumentos de avaliação familiar e os processos de documentação de dados subjacentes à realização da entrevista familiar. • Compreender os pressupostos inerentes à construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem, abrangendo as 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de avaliação e intervenção familiar - Modelo de Hanson - Modelo de Friedman - Modelo de Calgary - Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Modelo de enfermagem de saúde da família • Entrevista de enfermagem da família - Como realizar as entrevistas com a família - Como documentar as entrevistas com a família Instrumentos de avaliação familiar - Dos diagnósticos à intervenção familiar - Diagnósticos por dimensão familiar - Planeamento e avaliação das intervenções

	diversas dimensões de avaliação familiar.	
Transições Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a família como uma unidade em transição; • Compreender e descrever as transições familiares (normativas e acidentais ou não normativas) decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital; • Mobilizar conhecimentos para o diagnóstico atempado de situações comprometedoras das funções familiares fundamentais; • Com base no diagnóstico efetuado, implementar respostas de enfermagem à família baseadas na evidência científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transições desenvolvimentais <ul style="list-style-type: none"> - Ciclos evolutivos, mudanças e crise - Crescimento e Desenvolvimento - Ciclo Vital da Família: Padrões de regularidade desenvolvimentais - A antecipação à crise na promoção da adaptação • Transições saúde/doença <ul style="list-style-type: none"> - A família e a experiência da doença: os recursos internos e externos de coping familiar - A dependência na família e o papel do prestador de cuidados - Doença crónica e o ciclo de vida familiar - Modelo de resiliência ao stress • Transições situacionais <ul style="list-style-type: none"> - Morte e luto na família - Violência familiar - Gravidez na adolescência - Exclusão social: minorias étnicas e pobreza • Dos processos adaptativos à resiliência familiar <ul style="list-style-type: none"> - Características da família resiliente - Processos transacionais e co-evolutivos na resiliência
Modelos e Teorias de Avaliação Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos sobre o processo de cuidados em parceria com as famílias, motivando-as para a tomada de decisão e gestão dos seus cuidados de saúde. • Identificar os modelos inerentes à abordagem familiar no contexto de cuidados, com ênfase na família. • Conhecer as técnicas, instrumentos de avaliação familiar e os processos de documentação de dados subjacentes à realização da entrevista familiar. • Compreender os pressupostos inerentes à construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem, abrangendo as diversas dimensões de 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de avaliação e intervenção familiar <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de Hanson - Modelo de Friedman - Modelo de Calgary - Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Modelo de enfermagem de saúde da família • Entrevista de enfermagem da família <ul style="list-style-type: none"> - Como realizar as entrevistas com a família - Como documentar as entrevistas com a família • 3. Instrumentos de avaliação familiar <ul style="list-style-type: none"> - Dos diagnósticos à intervenção familiar - Diagnósticos por dimensão familiar - Planeamento e avaliação das intervenções

	avaliação familiar.	
Ética e Direito em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar princípios, valores e normas de conduta reguladores das práticas profissionais do enfermeiro: REPE, Código Deontológico e leis; • Demonstrar capacidade de argumentação e decisão ética na análise de situações concretas, reconhecendo os limites do seu papel e da sua competência; • Analisar comportamentos pessoais e profissionais num quadro ético-deontológico e legal da profissão com respeito pelos valores e culturas das pessoas destinatárias dos cuidados de enfermagem; • Participar no processo de tomada de decisão respeitando os princípios legais e deontológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ética e Saúde <ul style="list-style-type: none"> - Ética, moral, deontologia e bioética - Desenvolvimento moral e dilemas éticos - Princípios da bioética - Igualdade de género • Dimensão (bio)ética na relação terapêutica - Comunicação em saúde: ferramentas <ul style="list-style-type: none"> - Consentimento informado - Questões éticas no início da vida humana • Ética e investigação <ul style="list-style-type: none"> - Comissões de ética - Manipulação genética • Genoma e terapia génica: células germinais e somáticas • Transplantação de órgãos: aspetos jurídicos e éticos • Questões morais e éticas na doença prolongada e final de vida <ul style="list-style-type: none"> - Eutanásia e suicídio assistido - Testamento vital • Legislação e códigos de conduta profissional <ul style="list-style-type: none"> - Código deontológico dos enfermeiros - Código civil - Código penal - Objeção de consciência - Dilema ético e tomada de decisão

Objetivos da Unidade Curricular “Comunicação e Relação de Ajuda”

Os objetivos da UC Comunicação e Relação de Ajuda, de acordo com o estipulado no Guia Curricular, conforme o plano de estudos do curso de mestrado, acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), no qual se insere e fixa como objetivos de aprendizagem, os seguintes:

1. Identificar os princípios da comunicação e respetivas aplicações nos contextos de saúde familiar;
2. Aprender a desenvolver as atitudes e comportamentos necessários para o estabelecimento da relação de ajuda nos diversos contextos profissionais de saúde;

3. Reconhecer etapas de construção e estruturação de uma relação terapêutica
4. Compreender o processo de comunicação interpessoal relacionando os componentes digitais e analógicos;
5. Mediar processos de intervenção construindo as sinergias necessárias ao seu desenvolvimento;
6. Acompanhar e executar projetos de intervenção tendo em conta o papel da comunicação na saúde.

Em função do programa e planificação da UC “Comunicação e Relação de Ajuda” emergem os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever modelos teóricos de comunicação;
2. Identificar os fatores que influenciam a comunicação doente/família/profissional;
3. Descrever competências de comunicação assertiva;
4. Identificar perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital;
5. Desenvolver estratégias de intervenção do enfermeiro de família junto de doentes com das perturbações da Linguagem Adquirida decorrentes de AVC; TCE e doença de Alzheimer;
6. Promover a literacia em saúde na área das perturbações da Linguagem Adquirida: afasia no adulto decorrente de AVC e TCE;
7. Descrever os componentes da Relação terapêutica;
8. Conhecer modelos de Relação de Ajuda;
9. Planear programas de treino de competências de comunicacionais;
10. Planear programas de promoção da literacia em saúde em diversos contextos;
11. Integrar o método Humanidade na comunicação proxémica;
12. Descrever estratégias de comunicação de más notícias;
13. Descrever competências comunicacionais e d relacionamento interpessoal em contexto oncológico;
14. Planear intervenções no processo e gestão de luto;
15. Integrar a Terapia da dignidade humana em contexto de CC e CP;

16. Desenvolver competências emocionais em contexto laboral;
17. Promover a saúde mental nos locais de trabalho;
18. Avaliar o funcionamento familiar tendo por base o modelo bioecológico de Bronfenbrenner;
19. Planear intervenções promotoras da saúde mental junto dos cuidadores informais.

Os conteúdos programáticos da unidade curricular de Comunicação e Relação de Ajuda do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar compreendem 108 de horas totais de trabalho, distribuídas por 30 horas semestrais teórico-práticas, 15 horas semestrais de orientação tutórica, acrescidas de 63 horas de trabalho autónomo dos mestrandos, orientados pelo docente e com o objetivo de produzir trabalhos científicos de várias ordens, conforme melhor explicado em capítulo próprio.

O volume de trabalho do mestrando, foi assim, estruturado para um plano de estudos com a seguinte metodologia e/ou estrutura macro: das origens das temáticas para a ciência estruturante e desta para os instrumentos e metodologias práticas a aplicar na vida profissional em enfermagem.

**Capítulo 2 – Programa e Planificação da Unidade Curricular “Comunicação e
Relação de Ajuda”**

Página deixada propositadamente em branco

Apresentação do Programa Detalhado e Respetivos Conteúdos

Apresenta-se, neste capítulo, o programa detalhado da unidade curricular de Comunicação e Relação de Ajuda, a qual integra o plano curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do IPB, UTAD e da UA.

Os conteúdos programáticos apresentados resultam das evidências científicas no âmbito da comunicação em saúde e relação terapêutica entre profissional de saúde, doente e família.

Procurou-se, contudo, apresentar uma proposta que se enquadre no contexto global do curso e que seja útil ao perfil formativo do enfermeiro de família.

Serão de seguida apresentados, individualmente, os temas a desenvolver, os respetivos subtemas, a sua justificação e relevância, bem como a bibliografia recomendada para o enquadramento e desenvolvimento das matérias lecionadas.

Este segundo capítulo termina com a bibliografia integral da Unidade Curricular, selecionada tendo como pano de fundo o âmbito dos temas a abordar. A escolha da bibliografia teve por base dois critérios considerados os mais adequados, atendendo tratar-se de uma Unidade Curricular de Mestrado e não de Licenciatura: 1) bibliografia de referência em relação a cada tema, independentemente da cronologia, ou seja, a antiguidade dos textos, desde que considerados de referência para os assuntos sob análise, e 2) artigos científicos indexados ao Scopus ou Web of Science, e com um número elevado de citações em outros artigos indexados.

Estrutura do Programa e Conteúdos

A estrutura e programa geral dos conteúdos, encontram-se definidos no Guia ECTS, conforme apresentado na Figura 1, guia esse que apresenta, de forma sucinta, os principais pontos sobre os resultados de aprendizagem, os conteúdos da UC, a bibliografia recomenda (aqui limitada a cinco referências) e o método de avaliação, pontos esses que ao longo deste Relatório abordaremos em pormenor.



Unidade Curricular	Comunicação e Relação de Ajuda		Área Científica	Psicologia						
Mestrado em	Enfermagem de Saúde Familiar		Escola	Escola Superior de Saúde de Bragança						
Ano Letivo	2017/2018	Ano Curricular	1	Nível	2-1	Créditos ECTS	4,0			
Tipo	Semestral	Semestre	1	Código	5039-527-1101-00-17					
Horas totais de trabalho	108	Horas de Contacto	T -	TP 30	PL -	TC -	S -	E -	OT 15	O -
<small>T - Ensino Teórico; TP - Teórico Prático; PL - Prático e Laboratorial; TC - Trabalho de Campo; S - Seminário; E - Estágio; OT - Orientação Tutoria; O - Outra</small>										
Nome(s) do(s) docente(s)	Ana Maria Nunes Português Galvão									
Resultados da aprendizagem e competências										
No fim da unidade curricular o aluno deve ser capaz de:										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar os princípios da comunicação e respetivas aplicações nos contextos de saúde familiar. 2. Aprender a desenvolver as atitudes e comportamentos necessários para o estabelecimento da relação de ajuda nos diversos contextos profissionais de saúde 3. Reconhecer fases de construção e estruturação de uma relação terapêutica 4. Compreender o processo de comunicação interpessoal relacionando os componentes digitais e analógicos 5. Mediar processos de intervenção construindo as sinergias necessárias ao seu desenvolvimento 6. Acompanhar e executar projetos de intervenção tendo em conta o papel da comunicação na saúde 										
Pré-requisitos										
Antes da unidade curricular o aluno deve ser capaz de: não se aplica										
Conteúdo da unidade curricular										
Princípios gerais da comunicação; A comunicação e a relação de ajuda em cuidados de enfermagem; A humanidade; As linguagens da comunicação A comunicação funcional – ferramenta A comunicação de más notícias Evidencias científicas Relação de ajuda e os contextos profissionais Condições de aplicação da relação de ajuda Relação de ajuda junto da família										
Conteúdo da unidade curricular (versão detalhada)										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Princípios gerais da comunicação (ontologia da linguagem; actos linguísticos básicos) 2. A comunicação e a relação de ajuda em cuidados de enfermagem 3. A humanidade 4. As linguagens da comunicação <ul style="list-style-type: none"> - Modos de expressão da comunicação - os diferentes aspetos da comunicação verbal e não verbal - a competência comunicacional - o processo de percepção e os seus modeladores - o poder das conversações 5. A comunicação funcional – ferramenta profissional <ul style="list-style-type: none"> - qualidades da conversação em contexto de enfermagem, - características e componentes da comunicação funcional - atitudes de receptividade e partilha - sincronização da linguagem 6. A comunicação de más notícias 7. Evidencias científicas 8. Relação de ajuda e os contextos profissionais <ul style="list-style-type: none"> - origem e especificidade da relação de ajuda, objetivos da relação de ajuda - as estratégias em relação de ajuda, as dificuldades na relação de ajuda 9. Condições de aplicação da relação de ajuda <ul style="list-style-type: none"> - pré-requisitos essenciais à relação de ajuda, competências necessárias à relação de ajuda - relação de ajuda aplicada a cuidados particulares 10. Relação de ajuda junto da família 										
Bibliografia recomendada										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Phaneuf, M. (1998) Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência- edições técnicas e científicas. 2. Fachada, M. (2010). Psicologia das relações interpessoais. Lisboa: edições Sílabo 3. Hennezel, M. (2002). Diálogo com a morte. 5ªed. Lisboa: Notícias editorial. 4. Riley, J. (2004). Comunicação em enfermagem. 4ª ed. Loures: Lusociência 5. Echevarria, R. (2008). Ontologia del Lenguage. Barcelona: Editorial Granica. 										
Métodos de ensino e de aprendizagem										
aulas expositivas, visualização e análise de material audiovisual, análise de textos científicos, pesquisa orientada, elaboração de posters, construção de artigos científicos, dinâmica de grupo										
Alternativas de avaliação										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação Contínua - (Ordinário, Trabalhador) (Final) <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhos Práticos - 60% - Exame Final Escrito - 40% 2. Exame Final - (Ordinário, Trabalhador) (Final, Recurso, Especial) <ul style="list-style-type: none"> - Exame Final Escrito - 100% 										
Língua em que é ministrada										
Português										

Figura 1 - Syllabus da Unidade Curricular

fonte: <http://essa.ipb.pt/index.php/essa/cursos/mestrados/enfermagem-de-saude-familiar/plano-de-estudos>

Aula 1 – A Comunicação e Relação de Ajuda em Cuidados de Enfermagem

4 horas

Subtemas:

1. Os modelos teóricos da comunicação
 - 1.1. O modelo linear de Lasswell; O Modelo Linear de Shannon e Weaver;
2. A pragmática da comunicação humana: cinco axiomas da comunicação humana
3. Os tipos de comunicação
4. As funções da comunicação
5. Os estilos comunicacionais
6. Os fatores que influenciam a comunicação
7. As técnicas comunicacionais
8. As Estratégias de comunicação
9. O processo comunicacional em saúde
 - 9.1. As dificuldades de comunicação entre técnicos de saúde e utentes
 - 9.2. As competências de comunicação clínica

Objetivos da aula:

A abordagem adotada para esta unidade curricular inicia-se com uma nota introdutória sobre os modelos teóricos da comunicação, destacando-se como um dos mais influentes nas últimas décadas, o modelo criado por Shannon e Weaver (1949), que concebe a comunicação como uma transmissão de sinais.

Serão analisados reflexivamente os axiomas da comunicação humana, inseridos na pragmática da comunicação bem como os diversos tipos de comunicação; as várias técnicas e estratégias de comunicação terapêutica: de expressão, de clarificação e de validação. Existem fatores que influenciam a comunicação, uma comunicação eficaz ocorre quando a mensagem transmitida pelo emissor chegou ao recetor, foi interpretada corretamente e o recetor respondeu de forma significativa à mesma mensagem. Uma vez que o processo de comunicação opera como um sistema aberto pode ser influenciado por determinados fatores de acordo com Riley (2004), nomeadamente:

- fatores ambientais: formalidade, distância física, privacidade, ruído, calor;
- fatores intrapessoais: domínio da linguagem, desenvolvimento individual, valores, cultura;
- espaço pessoal: status, posição, características físicas;
- aparência física e vestuário: postura, idade, movimento corporal, adornos.

Consideramos a comunicação parte integrante do plano de intervenção em saúde, não sendo possível cuidar de alguém sem comunicar, e a comunicação, por vezes, pode ser mais eficaz do que um determinado “fármaco”. Assim, partindo desta premissa é fundamental que os vários profissionais de saúde identifiquem as dificuldades de comunicação entre técnicos de saúde e utentes; conheçam os elementos, as técnicas e as estratégias da comunicação, de forma a otimizarem os cuidados em prol das pessoas que necessitam de ajuda. processo comunicacional em saúde. Objetivando ainda o desenvolvimento de competências de comunicação clínica.

Justificação e relevância do tema

A importância da comunicação entre os profissionais de saúde – em especial médicos e enfermeiros –, os doentes e suas famílias/cuidadores, encontra-se claramente fundamentada em vários estudos e existe uma aceitação generalizada no sentido de existir uma necessidade crescente de ensinar e avaliar as técnicas de comunicação nos vários cursos da área da saúde (Makoul & Schofield, 1999).

Durante a Conferência Internacional de Ensinar Comunicação em Medicina (Oxford, julho de 1996), foram gerados um conjunto de recomendações para desenvolver e implementar programas de ensino e avaliação nos cursos de medicina internacionalmente. Os detalhes destes programas foram definidos com mais clareza na Conferência de Comunicação em Cuidados de Saúde organizado pelo Instituto de Saúde Primários da Holanda (Amesterdão, junho de 1998), neste caso já incluindo

interessados de outras valências da área da saúde. Embora ambas as conferências estivessem focadas nos cursos de medicina, as oito recomendações salientadas na declaração de consenso emitida a seguir às conferências, são igualmente relevantes para outros cursos na área da saúde, como por exemplo, a enfermagem. Estas oito recomendações são:

1. o ensino e a avaliação devem basear-se na visão lata de comunicação em medicina;
2. o ensino de competências de comunicação e o ensino clínico, devem ser consistentes e complementares;
3. o ensino deve definir e ajudar os estudantes a atingir uma comunicação centrada no doente;
4. o ensino e avaliação de competências de comunicação devem promover o crescimento pessoal e profissional;
5. deverá existir um quadro geral para ensino de comunicação planeado e coerente;
6. as capacidades de os estudantes atingirem tarefas de comunicação, devem ser avaliadas diretamente;
7. os programas de ensino e avaliação de competências de comunicação devem ser avaliados;
8. o desenvolvimento do quadro de professores deve ser apoiado e ter os recursos adequados.

A comunicação é um tema transversal em saúde e de fulcral importância e relevância em diversos contextos, salientando-se a relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os utentes. Há inclusivamente vários estudos científicos que concluem que a comunicação é o principal ingrediente nos cuidados de saúde, demonstrando através dessa afirmação a importância que o tema assume, não só nos cuidados de saúde em sentido estrito, mas inclusivamente em termos latos abrangendo a questão da dignidade humana que deve ser central na prestação dos cuidados de saúde (Kee, Khoo, Lim, & Koh, 2017; Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995).

A comunicação humana é um facilitador do intercâmbio entre pessoas, existindo vários modelos teóricos que explicam tanto o processo de comunicação como os elementos envolvidos, nos três níveis básicos de comunicação: intrapessoais, interpessoais e sociais. Para uma comunicação eficaz é necessário desenvolver um conjunto de competências que têm como eixo central atitudes básicas, como o respeito, a escuta ativa, aceitação e empatia, entre os mais proeminentes. As habilidades de comunicação (conhecimentos, habilidades e atitudes) são expressas tanto na comunicação verbal como na comunicação não-verbal, determinando o significado de “o que é comunicado” e “como ele se comunica”.

As estratégias de comunicação são instrumentos que facilitam o processo terapêutico, aumentam o nível de literacia do doente e permitem-lhe descrever melhor as suas experiências, cooperando por essa via com os profissionais (Nutbeam, 2008; Sleeper & Thompson, 2008).

Vários autores descrevem técnicas de comunicação terapêutica e a importância que estas têm na eficácia de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes (Riley, 2004; Rosenberg & Gallo-Silver, 2011). No seu livro “Comunicação em enfermagem”, Riley (2004) descreve as técnicas de comunicação terapêutica promotoras de uma relação de ajuda entre enfermeiro-cliente.

Tabela 2 - Técnicas de Comunicação Terapêutica

Técnica	Valor terapêutico
Escuta	Comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pelo utente
Silêncio	De forma não-verbal o enfermeiro comunica ao utente a sua aceitação
Orientação	Ajuda o utente a saber o que o espera
Redução da distância	Comunica de forma não verbal quer estar próximo do utente
Consideração	Demonstra a importância do papel do utente na relação
Recapitulação	Solicita a validação da interpretação da mensagem
Reflexão	Tenta demonstrar ao utente a importância das suas próprias ideias, sentimentos e interpretações
Clarificação	Demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o utente
Validação consensual	Demonstra o desejo do enfermeiro em compreender a comunicação do utente
Focalização	Orienta a conversa para o tópico principal
Síntese	Ajuda o utente a separar o relevante do irrelevante; serve como momento de revisão e termo da relação
Planificação	Reitera o papel do utente na relação

Fonte: Riley (2004)

Atualmente existem evidências suficientes sobre os problemas de comunicação entre profissionais de saúde e doentes e os benefícios de uma comunicação eficaz (Makoul & Schofield, 1999; Nutbeam, 2008; Rosenberg & Gallo-Silver, 2011; Sleeper & Thompson, 2008), havendo um número crescente de autores que consideram a comunicação como a ferramenta mais importante nos cuidados de saúde (Kee et al., 2017; Ong et al., 1995; Rosenberg & Gallo-Silver, 2011).

Não só a assertividade é entendida como uma atitude importante para o enfermeiro atualmente, ela é igualmente de importância crescente à medida que os enfermeiros se afastam dos papéis tradicionais de subserviência e dos estereótipos percebidos. Neste contexto a assertividade é essencial para uma comunicação eficaz entre os enfermeiros e os doentes e familiares, sugerindo-se que o seu desenvolvimento também possa ajudar a confiança nos enfermeiros à medida que ela

se desenvolve e se afasta dos cânones tradicionais (McCabe & Timmins, 2003). Comportamento assertivo pode ser encorajado através de métodos educacionais. Atendendo a estas premissas é desejável e até crucial que os enfermeiros recebam a preparação adequada durante os cursos, tornando o papel dos agentes de ensino, professores e instituições de ensino, de grande no desenvolvimento e implementação de programas de formação em assertividade para estudantes de licenciaturas e mestrados em enfermagem.

Estudos recentes identificaram que as intervenções, nomeadamente através da formação, melhoram a assertividade na comunicação, revestindo essas formações os formatos de programas multidisciplinares com momentos de instrução didática alternados com discussões e dramatização e treino em equipa (Omura, Maguire, Levett-Jones, & Stone, 2017). Este mesmo estudo de Omura et al. (2017) concluiu que a formação atrás mencionada, para enfermeiros e estudantes de enfermagem, resultou igualmente em melhorias significativas no nível de assertividade subjetivo medido através de escalas de autopreenchimento validadas.

Assim, um programa de formação em assertividade permite ao profissional de saúde comunicar de forma a que o doente entenda melhor o que lhe é transmitido, adquirindo, assim, maior confiança no tratamentos, diminuindo os seus níveis de ansiedade deste e, conseqüentemente, levar a uma comunicação mais eficiente e adequada (Ley, 1988). Igualmente, a própria adesão ao tratamento é facilitada com a utilização da comunicação assertiva entre o profissional de saúde e o doente. A comunicação assertiva, leva assim a uma comunicação centrada no doente potenciando uma situação de tomada de decisões, facilitando, dessa forma, o tratamento (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

De igual importância à melhoria da comunicação per si e o efeito facilitador sobre a eficácia e eficiência do tratamento, não é de somenos importância o efeito que consistentemente tem vindo a ser verificado da comunicação assertiva reduzir a ansiedade tornando-se assim um método importante na gestão do stress dos profissionais de saúde (Gerry, 1989; Herman, 1978; Yamagishi et al., 2007).

Não obstante as vantagens da comunicação assertiva serem inquestionáveis cientificamente, vários estudos apontam para um défice generalizado destas

competências entre profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e enfermeiros (Gerry, 1989; McIntyre, Jeffrey, & McIntyre, 1984).

As dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e respetivos familiares ou outros cuidadores informais, são, entre outras, centradas nos seguintes aspetos (Duxbury & Whittington, 2005; Hudson, Quinn, O'Hanlon, & Aranda, 2008; Levy-Storms, 2008; Pinto et al., 2012):

- Transmissão de informação pelos profissionais de saúde de forma deficiente;
- Atitudes erradas dos profissionais de saúde e dos utentes em relação à forma de comunicar;
- Falta de empatia na comunicação por parte dos profissionais de saúde;
- Baixa literacia em saúde por parte dos utentes.

No que concerne ao primeiro ponto identificado, a transmissão de informação de forma deficiente por parte dos profissionais de saúde, as principais deficiências apontadas em vários estudos são (Atwal, A. & Caldwell, 2002; Dinică, 2014; Heijmans et al., 2015; Hudson et al., 2008; Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013; O'Gara & Fairhurst, 2004a, 2004b):

- Informação insuficiente ou imprecisa relacionada com comportamentos de saúde, ou com a natureza da doença e os passos seguintes;
- Uso excessivo de termos técnicos e jargão no que concerne a doença ou exames complementares de diagnóstico ou acompanhamento;
- Falta de demonstração de empatia por parte dos profissionais de saúde para com as preocupações dos doentes e seus familiares/cuidadores informais; e
- Escassez de tempo dedicado à informação ao doente ou familiares/cuidadores informais.

Os estudos feitos sobre esta temática, também confirmam que a comunicação terapêutica não só melhora a qualidade do cuidar como também melhora a qualidade de vida dos doentes, como conclui Levy-Storms (2008) no seu estudo sobre os efeitos

deste método de comunicação com idosos institucionalizados em instituições de cuidados de longa duração.

O objetivo de comunicação é desenvolver um entendimento entre pessoas e consequentemente uma relação. Por sua vez, a comunicação terapêutica é holística e centrada no doente e abrange as seguintes dimensões do cuidar: fisiológico, psicológico, ambiental e espiritual (Peplau, 1997).

A prática da comunicação terapêutica, cujo objetivo principal é o de estabelecer confiança, ajuda a criar uma relação colaborativa entre os profissionais de saúde e os doentes, reduzindo, nomeadamente, o stress (Peplau, 1997). Neste contexto, o doente comunicará ao profissional de saúde que escutará atentamente, dados, preocupações e sentimentos (Peplau, 1997).

O profissional de saúde, para conseguir identificar as verdadeiras necessidades do doente, deve utilizar estratégias de comunicação adequadas, sendo que a comunicação eficaz é considerada fulcral na garantia da segurança e dos direitos do doente.

Todas as evidências científicas apontam para a importância da comunicação eficaz no cuidar e, conseqüente, a existência de competências de comunicação são transversais a todas as profissões das áreas dos cuidados de saúde, sendo assim essencial que a comunicação clínica eficaz seja um objetivo nuclear da educação de todos os profissionais de saúde.

Deste modo, torna-se pertinente definir as competências e estratégias de comunicação clínica transversais a todas as áreas formativas da saúde, e consequentemente incluí-las em todos os planos de estudo dos primeiros e segundos ciclos do ensino superior.

Hudson, Quinn, O'Hanlon e Aranda (2008), criaram, a partir de uma revisão integrativa de literatura, conjugada com um quadro concetual bem como com as orientações já existentes, um conjunto de orientações, multidisciplinares, para a comunicação com os cuidadores informais de doentes, especialmente focando o tema de reuniões com as famílias, designadas por conferência familiar. Estas orientações, que têm como principal objetivo conseguir atingir uma comunicação eficiente e com

resultados positivos para todas as partes, assentam nas seguintes conclusões do estudo realizado por estes autores:

- a. expressar empatia e escutar ativamente melhora os ajustamentos psicológicos;
- b. fornecer informação compreensiva sobre o que esperar no futuro promove o bem-estar psicológico; e
- c. a oportunidade de discutir sentimentos com um profissional de saúde, reduz o stress.

Consequentemente, os princípios da comunicação terapêutica foram uma componente central no desenvolvimento das orientações (Hudson et al., 2008).

Um outro estudo, de O’Gara e Fairhurst (2004a, 2004b), conclui que há poucas ou nenhuma dúvida que a forma como os médicos conduzem as consultas e interagem com os doentes, afeta a satisfação do doente e pode ter um efeito positivo nos resultados clínicos. Com base nas evidências que encontraram, bem como na crescente ênfase política em focar todos os aspetos dos cuidados de saúde em torno do doente, propuseram um conjunto de cinco estratégias de comunicação terapêutica para consultas de cuidados intensivos, sendo elas (O’Gara & Fairhurst, 2004b):

- a. questionar: questões abertas colocadas de forma afetiva;
- b. escutar e observar: comportamento não-verbal e questionar sobre preocupações;
- c. empatia comunicacional: reconhecimento de emoções, parafrasear e seguir pistas;
- d. identificar e incorporar os interesses e preocupações dos doentes: envolvimento, ir ao encontro dos interesses do doente; e
- e. conclusão da consulta: garantir a aceitação do acordado e perguntar sobre outros problemas

Assim, no âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação ser terapêutica é essencial, uma vez que tem como objetivos centrais o cuidar, favorecendo a

autoconfiança, o respeito, a tranquilidade e a empatia, entre outros aspetos fulcrais (Hudson et al., 2008; O’Gara & Fairhurst, 2004a; Phaneuf, 2007).

Bibliografia da Aula

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2008). *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Dinică, R. C. (2014). Non-verbal Communication - Indispensable Complement of Oral and Written Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 137, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.260>
- Gerry, E. M. (1989). An investigation into the assertive behaviour of trained nurses in general hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 14(12), 1002–1008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01510.x>
- Hudson, P., Quinn, K., O’Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Adesão ao Tratamento*. ASA Lisboa. Lisboa: Edições ASA.
- Lasswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. *The Communication of Ideas*, (1948), 37–52.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Porto: Edições ASA.
- Makoul, G., & Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: An international consensus statement. *Patient Education and Counselintient Education and Counseling*, 37(2), 191–195. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00023-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00023-3)
- McCabe, C., & Timmins, F. (2003). Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 3(1), 30–42. [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(02\)00079-3](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(02)00079-3)
- McIntyre, T. J., Jeffrey, D. B., & McIntyre, S. L. (1984). Assertion training: The effectiveness of a comprehensive cognitive-behavioral treatment package with

- professional nurses. *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), 311–318.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90011-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90011-1)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- O’Gara, P. E., & Fairhurst, W. (2004). Therapeutic communication part 1: General approaches that enhance the quality of the consultation. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2004.03.002>
- O’Gara, P. E., & Fairhurst, W. (2004). Therapeutic communication part 2: Strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2004.03.003>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 76(August), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine* (1982), 40(7), 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Peplau, H. E. (1997). Peplau’s theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Phaneuf, M. (2007). *Le concept d’humanité: une application aux soins infirmiers généraux*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4th ed.). Loures: Lusociência.
- Rosenberg, S., & Gallo-Silver, L. (2011). Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2010.05.003>
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). The Mathematical Theory of Communication. *The Mathematical Theory of Communication*, 27(4), 117.
<https://doi.org/10.2307/3611062>

Página deixada propositadamente em branco

Aula 2 - As Linguagens da Comunicação: Principais Perturbações da Linguagem ao Longo do Ciclo Vital e Comunicação em Saúde

Comunicação em saúde como ferramenta promotora da literacia em saúde junto dos cuidadores informais de doentes com Perturbação da Linguagem Adquirida: Afasia no Adulto

6 horas

Subtemas:

1. Introdução às perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital e comunicação em saúde
2. Perturbações da linguagem
 - 2.1. Perturbações da linguagem em adultos com distúrbios neurológicos adquiridos
 - 2.2. Perturbação da linguagem adquirida: afasia no adulto
 - 2.3. Avaliação da afasia
 - 2.3.1. Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)
 - 2.3.2. Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)
 - 2.4. Alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE
 - 2.5. Epidemiologia
 - 2.6. Alterações de comunicação e da linguagem em patologias neurodegenerativas: doença de alzheimer
3. Intervenção da reabilitação em doentes com afasia decorrente de AVC e TCE
4. A comunicação para a saúde como ferramenta para a promoção da literacia em saúde dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e doença de Alzheimer
 - 4.1. Modelo conceptual da literacia em saúde de Nutbeam
 - 4.2. Modelo conceptual da literacia em saúde de Sørensen et al.
5. Exercício prático sobre um plano de promoção da literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com avc e portadores de doença de alzheimer

Pretende-se com a presente aula que os mestrandos conheçam as principais perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital. Neste sentido, propõem-se os seguintes objetivos.

Objetivos da aula:

- Assimilar conceitos sobre perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital
- Identificar alterações da linguagem em doentes portadores de doenças neuro-degenerativas: doença de Alzheimer
- Identificar alterações da linguagem nas Perturbações da Linguagem Adquiridas: afasia no adulto decorrente de AVC e TCE
- Desenvolver estratégias de comunicação e de reabilitação em saúde sobre alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE
- Relacionar a Comunicação em Saúde com a promoção da Literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e portadores de Doença de Alzheimer
- Planear intervenções de promoção da literacia em saúde junto dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e portadores de Doença de Alzheimer

Justificação e relevância do tema

Os seres humanos, como várias espécies vivas desenvolveram elaborados sistemas de comunicação ao longo de milhões de anos. Não obstante haver estas várias linguagens, a linguagem humana é reconhecida como uma forma de comunicação única para o homo sapiens. Atendendo ao atrás descrito, vários investigadores concluíram que a faculdade da linguagem humana deve de alguma forma depender de um componente genética específica. Contudo, a base genética específica da linguagem ainda é amplamente desconhecida e só mais recentemente está a ser explorada com os novos desenvolvimentos na área da genética (Onnis, 2017).

Também a investigação sobre a comunicação médico-doente mostra que a linguagem tem um papel importante não só através da transmissão de informação, mas também através da forma que a linguagem é utilizada. Sugestões ou afirmações verbais positivas, são um forte preditor de diminuição da dor quando os doentes precisam de ser submetidos a um procedimento invasivo. Foi descoberto que um estilo de comunicação positivo (versus negativo) do médico promove uma melhor recuperação e aumenta as expectativas positivas sobre os resultados do tratamento. Por outro lado, efeitos negativos para a saúde ou resultados do tratamento, podem surgir quando, por exemplo, os doentes recebem mensagens de aviso sobre procedimentos médicos ou quando recebem informações sobre possíveis efeitos colaterais de um tratamento. As evidências sugerem, portanto, que a comunicação e o correto uso da linguagem podem levar a melhores resultados nos tratamentos e na recuperação dos doentes (Stortenbeker et al., 2018).

Assim, a comunicação entre duas pessoas ocorre quando há um sistema de linguagem compartilhada, ou seja, quando ambas as partes entendem o significado por trás do sistema de símbolos usados pela outra pessoa. A comunicação bem-sucedida envolve excelência na compreensão, bem como competência expressiva e, portanto, estende-se muito além das palavras e inclui todas as sugestões expressas através da comunicação não verbal (Beard, 2018).

Perturbações da Linguagem

Contudo, a comunicação, é dificultada quando surgem perturbações na capacidade de comunicar, em especial quando estas são provocadas por perturbações da linguagem.

A literatura não é consensual na forma de definir as Perturbações da Comunicação, existindo diversas classificações, embora nenhuma delas seja usada universalmente, havendo contudo uma utilização para vários fins da definição do DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2013), que inclui nas perturbações da comunicação, nomeadamente:

- défices na linguagem;

- défices da fala; e
- défices da comunicação.

Uma perturbação ocorre quando existe um desvio ou alteração da norma e dos padrões comumente aceites numa sociedade, sendo que esse desvio tem significado clínico (Gorno-Tempini et al., 2011).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), outra referência utilizada ao longo do ciclo vital, a categoria das perturbações da comunicação inclui as seguintes perturbações:

1. perturbações da linguagem;
2. perturbação do som e da fala;
3. perturbação da fluência com início na infância (gaguez);
4. perturbação da comunicação social (pragmática);
5. perturbações da comunicação com outra especificação; e
6. perturbações da comunicação não especificadas.

Assim, uma perturbação de comunicação é uma deficiência na capacidade de receber, enviar, processar e compreender conceitos ou sistemas de símbolos verbais, não verbais e gráficos e pode manifestar-se nos processos de audição, linguagem e/ou fala, podendo variar em gravidade de leve a profunda e podendo ser de desenvolvimento ou adquirido (American Speech-Language-Hearing Association, 1993). Os indivíduos podem demonstrar uma ou qualquer combinação de perturbações da comunicação, podendo estes resultar de incapacidade primária ou podendo ser secundária a outras deficiências.

Ainda de acordo com a American Speech-Language-Hearing Association (1993), mais conhecida pela sua sigla ASHA, para uma caracterização mais eficaz destas perturbações é necessário ter em conta três aspetos, i) a severidade da perturbação (de ligeira a profunda), ii) o período de aparecimento (adquirida ou de desenvolvimento) e iii) a etiologia (primária ou secundária a outras patologias). Esta associação apresenta como exemplos de perturbações primárias as perturbações do desenvolvimento da linguagem ou fala ou as perturbações da linguagem expressiva ou

recetiva. Como perturbações secundárias apresenta a perda auditiva e as perturbações do espectro do autismo, entre outros.

Assim, de acordo com esta associação, as perturbações de comunicação, podem ser subdivididas em quatro categorias:

1. Perturbações da Linguagem;
2. Perturbações da Fala;
3. Perturbações da Audição; e
4. Perturbação do Processamento Auditivo Central.

Sendo que a presente aula se versa sobre as perturbações da linguagem, veremos em maior pormenor como a ASHA descreve este tipo de perturbações.

Perturbações da Linguagem em Adultos com Distúrbios Neurológicos Adquiridos

A linguagem é uma faculdade extremamente complexa que permite aos humanos codificar, elaborar e comunicar os seus pensamentos e experiências através do uso de símbolos arbitrários. A função das redes neurológicas envolvidas na linguagem e suas interações com as demais redes neurocognitivas dependem de ordenadas interconexões.

Algumas patologias podem afetar essas estruturas encefálicas envolvidas na linguagem e suas redes adjacentes, como os Acidentes Vasculares Cerebral (AVC), Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e os tumores cerebrais, bem como as doenças degenerativas como o Alzheimer, e outras situações como condições tóxicas, desordens desmielinizantes e doenças infecciosas, sendo que vários estudos concluem que as afasias estão entre as principais perturbações da comunicação originadas por um dano neurológico, juntamente com as apraxias e a disartrias (Cicerone et al., 2000; Mesulam, 2001).

Avaliação da Afasia

Por forma a avaliar as afasias, bem como as suas evoluções, existem vários instrumentos disponíveis. Apresentamos de seguida alguns dos testes mais utilizados

presentemente, tendo selecionados estes dois pela sua facilidade de uso e provas demonstradas em vários contextos e estudos científicos:

Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)

O Frenchay Aphasia Screening Test (Enderby, Wood, Wade, & Hewer, 1986), é um instrumento de avaliação de afasia breve e direta. Avalia a presença de dificuldades de comunicação nas vertentes: compreensão, expressão, leitura e escrita.

Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)

O Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (Blomert, Kean, Koster, & Schokker, 1994) foi desenvolvido para medir, em primeiro lugar, o nível de capacidades comunicativas verbais de doentes afásicos e, em segundo lugar, mudanças nessas capacidades ao longo do tempo. Os itens de teste são construídos como cenários de situações quotidianas familiares. O teste é adequado para procedimentos individuais de avaliação, diagnóstica e terapêutica, bem como para pesquisas mais profundas.

Alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE

Epidemiologia

O AVC pode provocar défices a vários níveis, como os motores, os cognitivos e perturbações da linguagem adquirida, tal como a afasia. De entre as perturbações adquiridas da linguagem, para esta aula, foi selecionada a afasia, dado que esta é a sequela comunicacional mais comum decorrente do AVC (Nicholas, Hunsaker, & Guarino, 2017). O efeito a longo prazo do AVC é determinado pelo local e tamanho da lesão inicial do AVC e pela extensão da recuperação subsequente.

A maioria dos AVC resultam em algum tipo de alteração a nível cognitivo, sendo que a intensidade de alterações depende essencialmente da área lesada (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011). Como sabemos, o nosso cérebro realiza as diversas tarefas através de uma utilização de várias áreas difusas, coordenando-as de

forma coordenada e integrada, não significando que não exista alguma especialização funcional no cérebro. Algumas áreas estão associadas a um papel mais preponderante na execução de certas tarefas, tal como, por exemplo, o lado esquerdo do cérebro está relacionado na maioria das pessoas com as funções linguísticas, com o lobo temporal esquerdo a ter uma função vital na linguagem.

O AVC é um problema de saúde pública em todo o mundo. Os programas de prevenção são essenciais para reduzir a incidência de derrames e prevenir a quase inevitável epidemia de derrame cerebral, que atingirá os países menos desenvolvidos com mais força à medida que suas populações envelhecem e adotam estilos de vida dos países mais desenvolvidos (Warlow, Sudlow, Dennis, Wardlaw, & Sandercock, 2003).

Só nos Estados Unidos da América, estima-se que 6,4 de pessoas com mais de 20 anos de idade sofreram um AVC. A prevalência geral de AVC na população, é atualmente estimada em 2,9% (Lloyd-Jones et al., 2010).

Em Portugal, no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, são apresentados dados sobre os casos de AVC, hemorrágicos e isquémicos, no período compreendido entre 2013 e 2015, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados referentes ao AVC em Portugal

	AVC HEMORRÁGICO			AVC ISQUÉMICO		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Número de Óbitos	1.773	1.940	1.834	6.099	4.838	4.598
Taxa de Mortalidade	17,8	19,6	18,6	61,3	48,9	46,6

Fonte: Direção Geral de Saúde (2017)

Alterações de comunicação e da linguagem em patologias neuro-degenerativas: doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por uma perda irreversível da memória e por alterações cognitivas e comportamentais que interferem nas práticas sociais e funcionais do dia a dia. Na DA existe um comprometimento da linguagem

ocorrendo esta nas três fases da neurodegenerescência. Estas alterações na linguagem variam em amplitude entre leve a severa, da seguinte forma:

- **Leve:** por perturbações nos aspetos semântico-lexicais-pragmáticos;
- **Moderada:** por perturbações fonológicas, sintáticas e morfológicas; e
- **Severa:** por perturbações em todas as habilidades linguísticas, podendo levar o doente, frequentemente, ao mutismo.

Quando há suspeita de demência devem ser aplicados, testes breves para despistagem, sendo que um dos testes exame amplamente utilizado é o Mini-Mental State Examination (MMSE). O MMSE é um teste breve encontrando-se validado para a população Portuguesa (Guerreiro et al., 1994). Trata-se de um instrumento de rastreio útil para detetar uma suspeita de demência, não sendo, contudo, um instrumento de diagnóstico.

A linguagem é uma das funções cognitivas mais afetadas na DA, sendo que a doença desenvolve-se a vários ritmos ao longo das suas várias fases, tendo um início gradual com um desenvolvimento consonante os sintomas que vão desenvolvendo-se e agravando ao longo do tempo (Ferris & Farlow, 2013).

Intervenção do Enfermeiro da Família em doentes com afasia

A alteração da comunicação relacionada com a afasia é manifestada por dificuldade na expressão, compreensão ou pela sua associação.

A afasia é um quadro abrupto e permanente, que condiciona as possibilidades comunicacionais do doente, conforme anteriormente descrito. As sequelas neurológicas e as neuro-psicológicas influenciam o grau de dependência nas atividades diárias e indiretamente as mudanças psicossociais. Os défices linguísticos específicos e o seu impacto negativo no contexto psicossocial acarretam diferentes tipos e graus de dificuldades na comunicação e dependem das capacidades linguísticas e intelectuais prévias e da localização e da extensão da lesão.

A alteração na linguagem afeta negativamente o indivíduo com afasia e compromete a capacidade comunicacional, o poder de decisão e os níveis de

participação nos âmbitos familiar, profissional e social, afetando as interações sociais (Savundranayagam, Hummert, & Montgomery, 2005).

As limitações físicas, a perda de autonomia, as modificações psicológicas, os défices cognitivos, as restrições na realização de atividades, as modificações das relações sociais, a estigmatização e a dificuldade no controlo das emoções podem desencadear perturbações emocionais e comportamentais (Buckwalter et al., 1999; Langhorne et al., 2007; Smith, Gerdner, Hall, & Buckwalter, 2004).

Os sintomas comportamentais associados ao AVC ou à demência são uma preocupação para a pessoa que os vivencia e para os cuidadores que os supervisionam, apoiam e assistem. O conhecimento sobre a patologia e a competência dos cuidadores formais e informais, afetam a qualidade do cuidado que podem proporcionar e a sua capacidade de lidar com os desafios do cuidar. Os enfermeiros estão em excelente posição para promoverem a literacia nesta área da saúde, de forma a capacitar os cuidadores com os conhecimentos e as competências necessárias para reduzir e gerir adaptativamente os comportamentos dos doentes ao seu cuidado (Buckwalter et al., 1999; Forster et al., 2011; Langhorne et al., 2011; Savundranayagam et al., 2005; Smith et al., 2004).

Os programas de reabilitação, com responsabilidades partilhadas entre profissionais de saúde, o doente e os seus familiares, tem ganho maior relevância nos tempos mais recentes, uma vez que cresce a convicção da importância da prestação de cuidados de saúde que visam um maior *empowerment* dos doentes e, nos casos em que os doentes não têm a capacidade de assumir essa responsabilidade, o *empowerment* dos cuidadores informais (Nutbeam, 2000, 2008, Sørensen et al., 2012, 2015).

Por isso são objetivos da enfermagem, facilitar a capacidade de compreensão e expressão do doente, bem como reduzir a frustração, deste e dos seus cuidadores, relacionada com a incapacidade de comunicar.

Intervenção da reabilitação em doentes com afasia decorrente de AVC e TCE

O enfermeiro da família, pode recorrer à intervenção através da reabilitação, nomeadamente através da utilização da investigação de Cicerone et al. (2000), que propuseram um conjunto de recomendações para um modelo de programas de intervenção de reabilitação em situação de danos cerebrais traumáticos. Estes autores testaram e melhoraram as orientações existentes, em conjunto com vários investigadores nível mundial, tendo apresentado um conjunto revisto de orientações em 2011 (Cicerone et al., 2011). Propõe-se, nesta Unidade Curricular que o enfermeiro, como profissional de saúde, e em especial o enfermeiro especialista em saúde familiar, assimile estas recomendações, de forma a melhor desempenhar a sua função junto dos doentes e seus cuidadores informais.

A Comunicação para a Saúde como ferramenta para a promoção da Literacia em saúde dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e Doença de Alzheimer

O conceito de Literacia em Saúde surgiu pela primeira vez nos anos 70 e tem sido definido de várias formas. A OMS e o Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde adotaram, em 2012, uma definição abrangente e inclusiva:

A Literacia em Saúde está ligada à Literacia e inclui os conhecimentos, motivações e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre Saúde, de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões sobre cuidados de Saúde na vida quotidiana, assim como para prevenir a doença, promover a Saúde e manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida.

Desta forma, a Literacia em Saúde diz respeito à forma como as pessoas compreendem informação acerca da Saúde e dos cuidados de Saúde e de como a aplicam às suas vidas, utilizando-a para tomar decisões. A Literacia em Saúde influencia assim a Saúde dos indivíduos, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados de Saúde.

Para ir ao encontro destes objetivos, Kickbusch (2004), propôs um modelo de literacia em saúde, dividido em três níveis de literacia em saúde e três formas de executar o papel individual de cada pessoa, conforme apresentado na Figura 2.

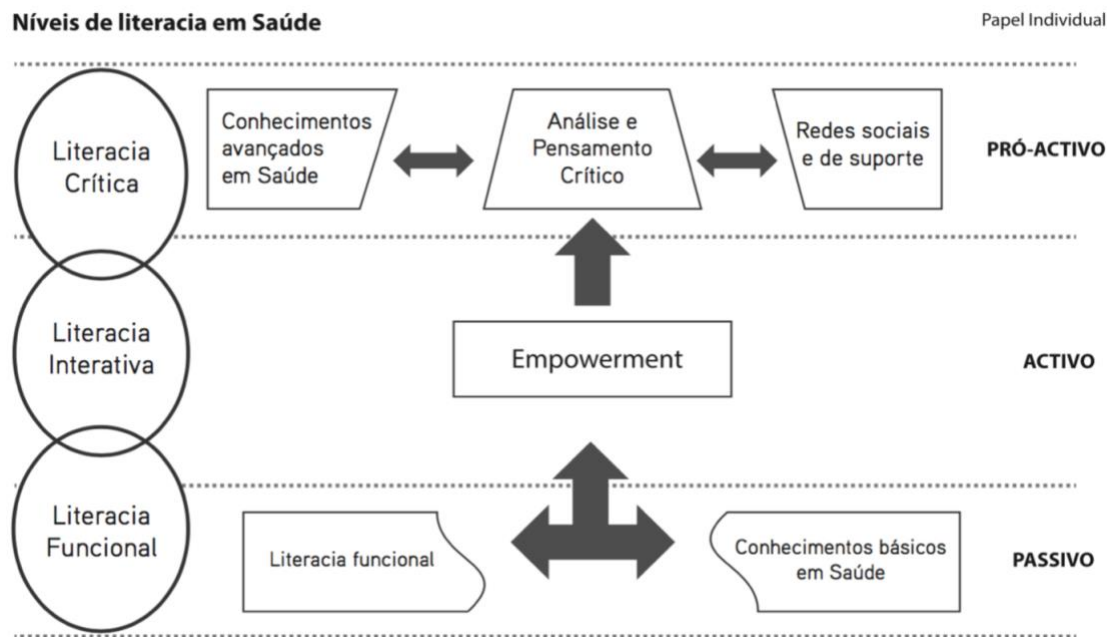


Figura 2 - Modelo de Literacia em Saúde (Kickbusch, 2004)

Modelo conceptual da literacia em saúde de Nutbeam

A avaliação da promoção da saúde é uma tarefa difícil, que muitas vezes é mal executada. Muitos dos problemas enfrentados pelos profissionais que tentam avaliar a atividade de promoção da saúde decorrem de expectativas não razoáveis tanto da atividade quanto da avaliação. A promoção da saúde é um campo complexo. Traçar o caminho causal de uma intervenção comunitária para as mudanças subsequentes a longo prazo nos resultados sociais e de saúde é repleto de dificuldades, e é inadequado e irrealista, na maioria dos casos, que os programas façam isso. Muito mais relevante é que as intervenções de promoção da saúde sejam julgadas por sua capacidade de alcançar os resultados de promoção da saúde definidos acima, usando métodos de avaliação que melhor se ajustem à atividade. Tal posição nem sempre se encaixa confortavelmente com pontos de vista predominantes na saúde e na medicina.

De acordo com Nutbeam (2008) a relação entre o baixo nível de literacia em saúde e o estado de saúde é atualmente bem reconhecida e melhor compreendida. De acordo com este autor, o conceito de literacia em saúde surgiu de duas fontes distintas: do atendimento clínico e da saúde pública. As conclusões de Nutbeam, são o resultado de mais de uma década de investigação e têm a sua génese na análise exaustiva efetuada sobre o impacto de programas de informação sobre saúde e hábitos saudáveis em vários países. Assim, o autor propõe uma metodologia que analisa os impactos desses programas em três vertentes:

- Alcance do programa;
- Aceitabilidade do programa;
- Integridade do programa.

Modelo conceptual da literacia em saúde de Sørensen et al.

Sørensen et al. (2012), após uma revisão exaustiva às evidências científicas sobre os modelos de promoção de literacia em saúde, bem como sobre o impacto que os programas de promoção em saúde tinham, integraram as evidências científicas existentes, abrangendo diferentes perspetivas sobre a literacia em saúde, num só modelo. As duas principais críticas que os autores apontavam aos programas de literacia em saúde existentes, eram:

1. a maioria dos modelos conceptuais existentes não é suficientemente fundamentada em teoria nem em termos das noções e conceitos incluídos.
2. muito poucos modelos integraram as componentes incluídos nos modelos de literacia “médica” e “saúde pública”.

Os únicos modelos que estes autores encontraram que explicitamente tentam colmatar a diferença entre as duas visões são Nutbeam (2000) e Manganello (2008), cuja dimensão de literacia funcional corresponde às competências cognitivas da literacia em saúde médica. Sørensen et al. (2012), embora reconhecendo que a literacia em saúde envolve dimensões diferentes, concluíram que a maioria dos modelos existentes é bastante estática e não explica explicitamente o facto de que a literacia em saúde também é um processo, que envolve as etapas sequenciais de

acesso, compreensão, processamento e comunicação de informação. Finalmente, de acordo com estes autores, enquanto a maioria dos modelos conceptuais identifica os fatores que influenciam a literacia em saúde e menciona seu impacto no uso de serviços de saúde, custos de saúde e resultados de saúde, os caminhos que ligam a literacia em saúde aos seus antecedentes e consequências não são muito claros.

Com base nas evidências encontradas e nas razões acima enunciadas para a reduzida eficácia dos modelos de literacia em saúde existentes, Sørensen et al. (2012) propuseram um modelo com quatro dimensões de literacia em saúde em três níveis, conforme apresentado de forma esquemática na Tabela 4.

Tabela 4 - As quatro dimensões de literacia em saúde de acordo com Sørensen et al. (2012)

	Acesso/ obtenção de informação relevante para a saúde	Compreensão da informação relevante para a saúde	Avaliação/ processamento da informação relevante para a saúde	Aplicação/ utilização da informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	Capacidade de obter informação médica ou assuntos clínicos	Capacidade de compreender informação médica e extrair significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	Capacidade da tomada de decisões informadas em questões médicas
Prevenção da doença	Capacidade de obter informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de compreender e extrair significado sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde
Promoção da saúde	Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de compreender e extrair significado em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre os determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre em determinantes para a saúde no ambiente social e físico

Exercício prático sobre um plano de promoção da Literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com AVC e portadores de Doença de Alzheimer

A promoção da literacia na doença de Alzheimer, junto dos cuidadores informais, passou a ser uma função prioritária para os enfermeiros, e em especial os enfermeiros que prestam serviço domiciliário, área em que o enfermeiro especialista em saúde familiar tem um papel central, especialmente tendo em conta o já aqui

enunciado sobre o *empowerment* dos doentes e seus cuidadores informais (Nutbeam, 2000, 2008, Sørensen et al., 2012, 2015).

Contrariamente à intervenção da reabilitação em doentes acometidos por AVC ou TCE, no caso da doença de Alzheimer, não existe uma reabilitação, e os programas de intervenção conseguem somente abrandar a degeneração ou atrasar o agravamento dos sintomas relacionados com a doença.

Assim, um programa de intervenção de aumento da literacia sobre a doença de Alzheimer, junto dos cuidadores informais do doente, será menos complexo do que o visto para os AVC e TCE, não deixando, contudo, de ser um instrumento poderosíssimo na melhoria da qualidade de vida do doente e de quem o rodeia, especialmente os próprios familiares.

Propõe a candidata, um programa de intervenção de implementação simples, mas eficaz, por parte do enfermeiro especialista em saúde familiar, ao longo das seguintes linhas:

1. Ser capaz de identificar as alterações decorrentes da doença de Alzheimer
2. Descrever atividades promotoras da conservação da memória em contexto familiar
3. Mostrar o caminho para recursos e programas informáticos de treino cognitivo como, por exemplo, o programa Cogweb.

Neste sentido, recomendam-se as seguintes técnicas:

a) Usar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal:

1. Permitir tempo suficiente para o doente se expressar;
2. Repetir a mensagem transmitida em voz alta;
3. Não valorizar a pronúncia imperfeita;
4. Ignorar erros e profanidades proferidas pelo doente;
5. Não interromper e fornecer palavras apenas ocasionalmente.

b) Ensinar ao doente técnicas que ajudem a melhorar o discurso

1. Incentivá-lo a expressar-se calma e claramente, dando exemplo se necessário;
 2. Encorajá-lo a utilizar frases curtas;
 3. Explicar as palavras que não claramente perceptíveis;
 4. Sugerir que fale com calma e pausadamente (e se necessário “ganhar folgo”);
 5. Incentivá-lo a escrever a mensagem ou fazer um desenho caso a comunicação oral não seja possível.
- c) Reconhecer as frustrações de cada doente
1. Manter uma atitude positiva;
 2. Tranquiliza-lo usando o toque, se possível;
 3. Permitir que chore, caso seja benéfico;
 4. Permitir que tome decisões acerca do seu autocuidado;
 5. Permitir formas alternativas de expressão: cantar, andar, pintar, desenhar.
- d) Identificar junto dos doentes fatores que promovem a compreensão
1. Avaliar a acuidade auditiva;
 2. Verificar a acuidade visual, se necessário encorajar o uso de óculos;
 3. Dirigir-se ao doente apenas quando este está disposto a escutar, utilizando o contacto visual;
 4. Proporcionar ambiente calmo e com luz suficiente;
 5. Modificar o discurso: falar pausadamente, não colocar várias questões ao mesmo tempo, não aumentar o tom de voz e usar uma linguagem própria de adultos;
 6. Demonstrar um comportamento não verbal compatível com o verbal
- e) Orientar os familiares para as formas alternativas de comunicação, explicar o motivo das reações do doente para com eles e explicar os benefícios do

treino, bem como a necessidade de acompanhamento por um técnico especializado (logo que possível).

Bibliografia da Aula

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V-TR - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a. Ed. Rev.* Lisboa: Climepsi.
<https://doi.org/10.11769780890425596>
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations.
<https://doi.org/10.1044/policy.RP1993-00208>
- Beard, A. (2018). Speech, language and communication: a public health issue across the lifecourse. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*, 28(3), 126–131.
<https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.004>
- Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam—Nijmegen everyday language test: Construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8(4), 381–407. <https://doi.org/10.1080/02687039408248666>
- Buckwalter, K. C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. R., Kelly, A., Richards, B., & Sime, M. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 80–88.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., ... Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice, 81(12), 1596–1615.
<https://doi.org/10.1053/apmr.2000.19240>
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008, 92(4), 519–530.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Dinică, R. C. (2014). Non-verbal Communication - Indispensable Complement of

- Oral and Written Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 137, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.260>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Saúde Em Números*, 21. <https://doi.org/ISSN:2183-0746>
- Ferris, & Farlow, M. (2013). Language impairment in alzheimer's disease and benefits of acetylcholinesterase inhibitors. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1007–1014. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39959>
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union : towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving*, (October), 1–16.
- Mesulam, Wicklund, A., Johnson, N., Léger, G. C., Rademaker, A., Weintraub, S., & Bigio, E. H. (2008). Alzheimer and Frontotemporal Pathology in Subtests of Primary Progressive Aphasia. *Annals of Neurology*, 63(6), 709–719. <https://doi.org/10.1002/ana.21388>.Alzheimer
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012, December 25). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Página deixada propositadamente em branco

Aula 3 - Condições de Aplicação da Relação de Ajuda e Componentes da Relação Terapêutica

3 horas

Subtemas:

1. conceito de saúde centrada na pessoa
2. enquadramento conceptual: teorias humanistas
3. definição de relação terapêutica
4. definição de relação de ajuda
5. modelos de relação de ajuda: modelo teórico do Cuidado Humano, de Jean Watson
6. pressupostos da relação de ajuda
7. atitudes relacionais: o poder da empatia
8. treino de competências de comunicação e relação de ajuda

Objetivos da aula:

Esta aula centra-se na relação de ajuda como um componente da relação terapêutica (ou aliança terapêutica) e em especial sobre o efeito que uma boa relação terapêutica tem sobre o bem estar dos doentes e profissionais de saúde, bem como sobre a eficácia dos tratamentos.

Serão refletidas as atitudes relacionais: o poder da empatia, como suporte da relação terapêutica, evidenciando-se o treino de competências comunicacionais.

A aula termina com a apresentação de um programa de treino de competências de comunicação e relação de ajuda, evidenciando-se a sua pertinência ao longo da formação académica dos estudantes.

Objetiva-se que os estudantes compreendam que a qualidade da interação humana está indelevelmente associada à qualidade da comunicação, pelo que constitui um dever ético de todo o profissional de saúde conhecer e utilizar as melhores ferramentas de comunicação como garante do valor terapêutico da relação. Mas a comunicação não é apenas um “dom”, uma característica inata de uma pessoa – as competências comunicacionais ensinam-se, aprendem-se e treinam-se.

Justificação e relevância do tema

O desenvolvimento do conceito da medicina, ou saúde, centrada na pessoa, ou doente, está intimamente ligado às limitações que se identificaram no modo convencional de prestar cuidados de saúde, muitas vezes rotulado de "modelo biomédico". Embora seria limitador e até injusto considerar o "modelo biomédico" como uma abordagem monolítica única, este modelo é geralmente associado a um número de conceitos amplos que determinam a maneira pela qual a medicina é praticada (Cassell, 1992; Engel, 1977; McWhinney, 1989; Siegler & Osmond, 1974).

No "modelo biomédico", os relatos dos doentes sobre a doença são registados somente para obter informação sobre a existência da doença, um método clínico focado na identificação e tratamento da doença. Desta forma, a doença do doente é reduzida a um conjunto de sinais e sintomas que são investigados e interpretados dentro de uma estrutura biomédica positivista. Através do diagnóstico preciso da patologia, seleciona-se a terapia adequada para combater ou eliminar a doença, tentando recuperar a saúde física do doente da melhor forma permitida pela ciência (Mead & Bower, 2000).

A medicina, ou saúde, centrada na pessoa, ou doente, busca uma relação igualitária entre profissional de saúde e doente, diferenciando-se fundamentalmente da relação existente no modelo biomédico, que se configura como paternalista e desigual (Mead & Bower, 2000). A relação assimétrica entre o profissional de saúde e o doente no modelo biomédico, em que existe uma posição de autoridade e controlo por parte do profissional, é tida como uma consequência, quase que inevitável, da diferença em literacia de saúde entre o profissional de saúde, especialista na matéria, e o doente, leigo por definição.

No "modelo biomédico", o valor percebido da relação entre médico e doente é um tanto ambíguo, uma vez que o diagnóstico e o tratamento são essencialmente questões de decisão e procedimentos. Por exemplo, uma relação amigável e simpática pode aumentar a probabilidade de adesão do doente ao tratamento. Por outro lado, as respostas emocionais negativas de qualquer das partes (por exemplo, raiva, ressentimento) podem servir para dificultar o julgamento médico (causando erro de

diagnóstico) ou fazer com que os doentes deixem de receber tratamento (Mead & Bower, 2000).

A medicina centrada no doente tem uma prioridade muito maior na relação pessoal entre médico e doente, baseada em desenvolvimentos psicoterapêuticos em torno do conceito de "relação terapêutica". Rogers (1951) propôs que as atitudes empáticas, congruência e consideração positiva incondicional são necessárias e suficientes para afetar a mudança terapêutica em doentes.

Embora a prática da biomedicina convencional possa envolver aspetos significativos da relação terapêutica, isso não é considerado necessário. Além disso, os efeitos do tratamento médico são teoricamente distinguíveis dos efeitos de relacionamento: os primeiros são "reais", enquanto os segundos, um efeito colateral misterioso, mas potencialmente benéfico (Lamont & Christakis, 2001; Mead & Bower, 2000).

No entanto, no cuidado centrado no doente, o desenvolvimento de uma relação terapêutica é um requisito fundamental, e não uma adição útil, tendo que existir um entendimento comum dos objetivos e requisitos do tratamento, sendo este entendimento considerado crucial para o sucesso da terapia, seja física ou psicológica.

Por mais que o atendimento de enfermagem privilegie, muitas vezes, a dimensão física, com a execução de procedimentos técnicos, num nível mais avançado do cuidado, a enfermagem consegue ter acesso aos aspetos emocionais e subjetivos, de forma a objetivar a transpessoalidade, por meio da comunicação e da empatia, que podem desenvolver e manter a harmonia e a confiança necessárias para este processo.

Margaret Jean Watson desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano, considerando o cuidado efetivo por via do relacionamento transpessoal, ou seja, o cuidado que transcende tempo, espaço e matéria de doente e profissional para que constituam um único elemento em sintonia, além do momento pontual da interação, de maneira a favorecer a restauração (healing).

Segundo Watson, um dos instrumentos mais adequados para estabelecer e manter a importante relação de ajuda-confiança entre profissional e doente é a empatia. A partir da verdadeira intenção de cuidar, é possível desenvolver uma

relação empática, quando se reconhece o outro como quem vivencia sua experiência única de ser doente e se expressa entendimento e aceitação através de linguagem verbal e não verbal.

Em 2007, construiu o Clinical Caritas, constituído por dez elementos do cuidado. Baseados na ideia de que a presença efetiva da empatia consegue aportar qualidade aos processos assistenciais, que, por sua vez, necessitam estar ancorados em referenciais teóricos coerentes aos preceitos humanísticos. Assim, é possível construir um contexto de cuidado harmónico que constantemente valoriza o outro.

De entre as várias vertentes da relação médico-doente, a empatia é aquela que mais se destaca, sendo que há vários autores que versaram sobre essa matéria.

Para Rogers (1951, 1975), a empatia na relação médico-doente, envolve uma constante sensibilidade, mutável de acordo com os sentimentos do outro em cada momento. Já para Davis, (1983), a empatia é um processo, psicológico, dirigido por impulsos tanto afetivos, cognitivos e comportamentais, que reagem de acordo com o que é observado no outro.

Egan (2013), debruçou-se sobre os aspetos não verbais da empatia, definindo estes em seis itens, com o acrónimo SOLER:

- (S) Squarely – olhar diretamente para o rosto da pessoa;
- (O) Open – uma postura corporal que demonstra interesse pelo doente;
- (L) Lean – inclinar-se de forma a mostrar intimidade e flexibilidade em direção à posição do doente;
- (E) Eye – contato visual para mostrar que presta atenção e que está a compreender;
- (R) Relaxed – manter uma postura corporal relaxada para diminuir a ansiedade do utente.

Contudo, Sticklely (2011), propõe, não obstante reconhecer as vantagens e virtudes do SOLER, uma adaptação mais humanista, como o acrónimo SURETY:

- (S) Sit at an Angle – sente-se num ângulo inclinado;
- (U) Uncross Arms and Legs – não cruze braços ou pernas;
- (R) Relax – relaxe;

- (E) Eye Contact – contato visual;
- (T) Touch – tocar. Não ignorar a importância do toque como sinal da empatia
- (Y) Your Intuition – não ignorar a intuição adquirida através da experiência.

Como já se referiu em aulas anteriores, podemos concluir que comunicação eficaz em saúde, integra um conjunto de premissas que devem ser consideradas, segundo (Stiefel et al., 2010):

1. a comunicação eficaz requer competências específicas;
2. a comunicação eficaz é relevante para doentes e profissionais de saúde;
- e
3. as competências necessárias para uma comunicação eficaz podem ser ensinadas e treinadas.

Em vários estudos concluiu-se que as competências para uma comunicação eficaz, não são apenas características inatas e que não são uma consequência da experiência profissional, mas antes que podem ser modificadas e melhoradas por programas de treino/formação específicos.

Igualmente tem sido provado, através de vários estudos, que os ensinamentos adquiridos em sala de aula ou cenários de simulação, podem ser transpostos para os cenários reais e que os seus impactos são de longa duração (Fallowfield et al., 2002; Fallowfield, Jenkins, Farewell, & Solis-Trapala, 2003; Gysels, Richardson, & Higginson, 2004; Lamont & Christakis, 2001).

Em relação à estrutura de um programa de formação em competências de comunicação há vários modelos possíveis, havendo contudo um consenso em relação à estrutura geral que estes devem seguir de acordo com vários estudos realizados, especialmente no que diz respeito à inclusão de aprendizagem através de sessões de simulação ou dramatização (Bylund et al., 2009; Epstein & Street Jr., 2007; Stiefel, Bernhard, Bianchi, & Dietrich, 2009).

Assim, atendendo às várias recomendações sobre o formato da Formação em Competências Comunicacionais (FCC), salientam-se os seguintes aspetos (Stiefel et al., 2010):

Em relação à definição, objetivos e participantes

- A FCC é necessária ser aplicada em todos os níveis de educação de profissionais de saúde. Nos cursos de mestrado ou pós-graduação, a FCC deve consistir num curso básico obrigatório e cursos avançados sobre objetivos específicos, como, por exemplo, sobre como discutir opções de tratamento, questões de fim de vida ou identificar e tratar o sofrimento psicossocial;
- Um curso de pelo menos 3 dias (24 horas) é necessário para assegurar a transferência de competências para a prática clínica.
- Será necessário haver supervisão e sessões de reforço;
- Os cursos podem ser monodisciplinares ou multidisciplinares de acordo com o objetivo a ser alcançado;
- Os cursos devem ser ministrados em pequenos grupos (4 a 6 pessoas por formador), permitindo assim, a participação ativa, promovendo a interatividade.

Ferramentas de conteúdo e pedagógicas

- Os cursos centrados no aluno, que atendem às necessidades individuais e de grupo, devem ser ministrados por formadores habilitados para o efeito;
- Dramatização com feedback estruturado / construtivo sobre competências comunicacionais é essencial;
- Objetivos específicos da dramatização são, entre outros: a construção de relacionamentos, a manipulação de emoções, a discussão de informações complexas.

Organização

- Os formadores devem ser profissionais de saúde com credibilidade e experiência em ambiente real;
- Os formadores devem ter concluído um curso de formação de formadores acreditado com avaliação de competências chave, como o conhecimento no estabelecimento de regras de confidencialidade e segurança de grupo, utilização de uma abordagem centrada no aluno, oferta de oportunidades para o grupo resolver problemas, lidar com conflitos e críticas, respondendo adequadamente aos comentários e reações individuais, atendendo aos objetivos individuais e grupais, mantendo o tempo, a autoconsciência e a experiência na gestão da dinâmica de grupo;
- A participação em programas credenciados de FCC deve ser apoiada pelas ordens profissionais e os locais de trabalho, além de atribuir créditos para o curso.

Resultado

- Medidas de avaliação validadas devem ser usadas para permitir consistência e comparabilidade entre as formações;
- Todos os resultados, objetivos ou subjetivos, devem estar intimamente ligados aos objetivos e conteúdo do curso;
- A avaliação do impacto a longo prazo é necessária para avaliar a manutenção das competências.

A importância desta reflexão para o alinhamento da prática assistencial com as reais necessidades dos doentes que, certamente, não são totalmente contempladas pela abordagem biomédica exclusiva, obriga-nos a considerar a complexidade dos seres humanos e os seus aspetos diversos, físico, mental, emocional e espiritual, é, no mínimo, incoerente, falar sobre assistência de enfermagem voltada unicamente para o biológico.

Evidenciada a importância da empatia nas relações de saúde, é imperioso resgatar a valorização de sua abordagem na formação de profissionais da saúde, bem como a continuidade dos estudos pós-licenciatura, tendo em vista que, para termos enfermeiros capazes de reunir qualidades técnicas e relacionais, é necessário oferecer-lhes subsídios no ensino para um exercício profissional completo e holístico.

Conforme as evidências científicas nos demonstram, esta formação terá que ser transversal em todas as áreas da saúde, e resultará, em última instância num aumento do bem estar de todos os envolvidos, ou seja, os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares e outros cuidadores informais e aumentará a eficácia dos tratamentos.

Bibliografia da Aula

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2008). *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65–74. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x>
- Bylund, C. L., Brown, R. F., Lubrano Di Ciccone, B., Diamond, C., Eddington, J., & Kissane, D. W. (2009). Assessing facilitator competence in a comprehensive communication skills training programme. *Medical Education*, 43(4), 342–349. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03302.x>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa. <https://doi.org/ISSN: 2183-0746>
- Direção-Geral da Saúde - Comissão Técnica de Vacinação. (2008). *Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano - Texto de apoio à Circular Normativa Nº:22/DSCS/DPCD de 17/10/2008*. Direção Geral de Saúde.
- Egan, G. (1986). *The skilled helper: a systematic approach to effective helping - Gerard Egan - Google Books*. Pacific Grove, CA: Brooks Publishing.

- Epstein, R. M., & Street Jr., R. L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Communication*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07810-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07810-8).
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 359(9307), 650–656. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07810-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07810-8)
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: Results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer*, 89(8), 1445–1449. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309>
- Ferris, F. D., von Gunten, C. F., & Emanuel, L. L. (2000). Ensuring Competency in End-of-Life Care. *BMC Palliative Care*, 284(23), 3051–3057.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA*, 276(6), 234–239.
- Ptacek, J. T., Fries, E. A., Eberhardt, T. L., & Ptacek, J. J. (1999). Breaking bad news to patients: Physicians' perceptions of the process. *Supportive Care in Cancer*, 7(3), 113–120. <https://doi.org/10.1007/s005200050240>
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., & Ellison, N. M. (2001). "I'm Sorry to Tell You..." Physicians' Reports of Breaking Bad News. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 205–217. <https://doi.org/10.1023/A:1010766732373>
- Rappo, I. (2007). *Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions?* Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4th ed.). Loures: Lusociência.

- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rogers, C. R. (1951). Perceptual reorganization in client-centered therapy.
- Silva, M. C., Galvão, A., & Pimenta, R. (2007). Competências emocionais, tradução e validação do questionário de desenvolvimento emocional para adultos (QDE_A). In *TMS: Management Studies International Conference* (pp. 116–116).
- ~Stickley, T. (2011). From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 395–398. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.03.021>
- Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D., & Kiss, A. (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology*, 21(2), 204–207. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp564>
- Wilkinson, S., Roberts, A., & Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: An evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12(1), 13–22. <https://doi.org/10.1191/026921698675034697>

Aula 4 - A Humanidade – Uma Ferramenta da Comunicação Proxémica

3 horas

Subtemas:

1. Conceito de Humanidade
2. Pilares da Humanidade
3. Utilização desta metodologia/ferramenta em diversos contextos da saúde: cuidados de saúde primários; área da educação social; cuidados paliativos; cuidados domiciliários; oncologia
4. Vantagens da aplicabilidade desta ferramenta

Objetivos da aula:

A relação terapêutica é central nos cuidados, mas muitas vezes é deixada ao acaso, e tudo o que é inconsciente é inconsistente. Em Humanidade trabalha-se com profissionalismo e precisão. Facilmente aprendida e replicada é uma das metodologias relacionais com mais sucesso no mundo. A Humanidade é uma metodologia de cuidados que profissionaliza a relação.

A metodologia Humanidade, constitui-se como uma poderosa ferramenta ao serviço dos profissionais de saúde, materializando-se num critério de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde (Costa, Galvão, & Baptista, 2014).

Assim, neste tema aborda-se o conceito de Humanidade, a sua fundamentação enquanto ferramenta da relação terapêutica entre profissional de saúde e doente. Dando destaque aos pilares (o olhar partilhado, a palavra, o toque terapêutico e a verticalidade) que integram o conceito. Sendo estes pilares promotores do respeito, dignidade e liberdade da pessoa, restituindo-lhe a autoestima, princípios plasmados na declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013).

Pretende-se ainda analisar refletidamente as vantagens da aplicação prática desta metodologia em doentes portadores de perturbações neurocognitivas; em cuidados continuados e paliativos e em contexto gerontológico.

Desta forma torna-se possível que todos os cuidadores consigam estabelecer uma relação com as pessoas cuidadas, conseguindo assim importantes ganhos em saúde (demonstrados em vários artigos científicos internacionais).

No final deste tema serão analisados resultados de estudos empíricos realizados em cuidados de saúde primários (ULS de Bragança) e em unidades de cuidados continuados integrados de Miranda do Douro - unidade de Santa Maria Maior e de Vizela resultantes de dissertações de mestrado orientadas pela candidata.

Justificação e relevância do tema

O cuidar não é um processo linear em que o cuidador inicia o seu processo de cuidar unicamente para servir a pessoa cuidada, mas é antes, um sistema em que são conjugadas, de forma subtil, a pessoa do cuidador, a pessoas cuidada, todos os que o rodeiam e, em extremo, o mundo, levando a um cuidar responsável, comprometimento com o atuar, ações sensatas e respeitosas e sempre tendo em mente a liberdade e dignidade do outro (Hesbeen, 2006).

O Homem consegue criar cultura uma vez que ele resulta da natureza e em diálogo com esta mesma natureza, aliada à possibilidade de “educare ou educere”, criou a condição de humanidade (Jacquard, 1991).

Com o desenvolvimento tecnológico foi evidente o desvio da atenção dos cuidadores, da pessoa doente para a ciência técnica. O movimento pela humanização dos cuidados, adverte para a urgente necessidade de equilíbrio entre tecnologia e humanismo. De acordo com o pensamento de Potter, expressado no seu livro “Bioethics: Bridge to the Future” (Potter, 1971), uma nova ética dará corpo e vigor a uma preocupação moral ancestral nos cuidados de saúde e origina uma nova disciplina que através de discernimento interdisciplinar se dedica ao estudo da conduta humana na utilização de meios técnicos sofisticados, no cerne da relação entre profissionais de saúde e as pessoas doentes vulneráveis.

Yves Gineste e Rosette Marescotti, dois professores de educação física franceses com especialização em ergonomia, foram convidados para dar formação num hospital, onde, devido a uma “epidemia” de lesões dorso lombares, a taxa de absentismo tinha atingido níveis insustentáveis. Estes dois profissionais, de forma a conseguirem um diagnóstico mais exato das possíveis causas deste problema, integraram a equipa de cuidadores e puderam, desta forma, não só observar as

questões relacionadas com a ergonomia, mas também a forma como eram aplicadas as técnicas e como os profissionais de saúde procediam em termos do cuidar.

A partir da experiência adquirida em mais de 30 anos e o trabalho de campo aqui mencionado, utilizando também a observação, o questionamento, a reflexão e a experimentação desenvolveram o Método Gineste Marescotti (MGM), que utiliza como princípio base, a filosofia da Humanidade (Gineste & Pellissier, 2007).

Assim, a Humanidade assenta em quatro pilares:

1. verticalidade - viver e morrer de pé;
2. palavra - é um elevado meio de Humanidade;
3. toque - toucher, tendresse, a elevada expressão da intimidade; e
4. visão – ligação, relação de igualdade e vestuário ou proteção (Gineste & Pellissier, 2007).

Para entender a origem destes quatro pilares, é necessário mencionar que o Método Gineste Marescotti, tem a sua origem na filosofia de Humanidade de Jacquard (1991), estruturando-se, assim, ao longo de cinco eixos:

1. A Filosofia da Humanidade;
2. Captura e ressalto sensorial;
3. Manipulação Relacional;
4. O tocar-ternura; e
5. Para viver e morrer em pé, o vestuário é igualmente um cuidado central

Humanidade é um termo recente, usado pela primeira vez pelo jornalista Freddy Klopfenstein em 1980. Mais tarde, Albert Jacquard transformou-o num conceito antropológico, definindo a Humanidade como o conjunto de dons evolucionários que os humanos fizeram um ao outro ao longo de gerações (Jacquard, 1987).

Gineste e Marescotti identificaram os princípios éticos e deontológicos de bem-estar e qualidade de vida no conceito de Humanidade e adaptaram-no ao cuidado, definindo a Humanidade como uma filosofia de cuidado que permite um homem sentir-se humano e permanecer humano aos olhos de seus companheiros.

O MGM, através de cuidados onde o valor dignificante do gesto está simultaneamente conjugado à técnica e ao calor humano (Phaneuf, 2007), tem dado várias provas a nível do melhoramento da dignidade e qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Melo et al., 2017).

Na base dos cuidados de enfermagem, manter padrões de humanização ou Humanidade sempre existiram, embora não de forma claramente definidas e assentes num método organizativo (Rappo, 2007).

O sucesso do MGM, aliado à sua fácil implementação, estiveram na base do seu sucesso, expandindo-se rapidamente pela França bem como internacionalmente, havendo hoje uma rede de Gineste-Marescotti (IGM), sendo um bom exemplo desta expansão internacional a aplicação desta metodologia no Japão (Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney Jr, 2016), num programa de treino sobre Humanidade, numa amostra de enfermeiros. Evidenciou-se uma franca melhoria nos sintomas de agitação psicológica e comportamental em doentes portadores de demências.

Assim, para implementar ações formativas eficazes, em ambiente de trabalho real, estas deverão seguir uma estrutura do tipo investigação/ação e devem incluir todos os intervenientes no processo do cuidar, não só a nível das funções ou competências mas também a nível hierárquico dentro das organizações (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012).

Foi nomeadamente Phaneuf (2005) que descreveu de forma clara a diferença entre Humanismo e Humanidade, sendo que o primeiro é um conceito filosófico, principalmente mostrando a importância do Homem no mundo, e o segundo, conceito antropológico, que vai às raízes da condição humana, declarando a essência do Homem.

Simões, Rodrigues, & Salgueiro (2008), fizeram um levantamento da principal literatura científica existente sobre o tema Humanidade, encontrando-se os resultados dessa investigação apresentados na Tabela 5, apresentando-nos esta revisão uma visão clarificadora sobre as questões ligadas à Humanidade.

Tabela 5 - Revisão de Literatura sobre o tema Humanidade

Fonte	Variáveis	Questões	Metodologia	Foco
Jacquard (1991)	Da animalidade à humanidade	A humanidade é a herança da liberdade construída pelo homem?	Reflexão crítica filosófica	A condição de humanidade
Archer (2002)	Ciência e tecnocosmos versus Humanidade	O regresso à original humanidade holística?	Reflexão crítica	Humanidade holística
Hesbeen (2006)	Humanidade	A postura cuidadora dos enfermeiros “construída através da liberdade de pensamento, da responsabilidade e do compromisso”	Reflexão crítica	Os enfermeiros em formação
Gineste e Pellissier (2007)	Os pilares da humanidade	Como compreender a velhice e prestar de cuidados de humanidade?	Narrativa experiencial	A prestação de cuidados (a atitude e o comportamento do prestados de cuidados – o olhar, o falar, o tocar, a verticalidade, o vestuário)
Phaneuf (2007)	Humanidade, Cuidados gerais de enfermagem.	A humanidade aplica-se bem aos diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem?	Reflexão crítica	A humanidade na prestação de cuidados gerais de enfermagem.
Rappo (2007)	Conservação da humanidade dos doentes comatosos.	Como os cuidadores em cuidados de enfermagem mantêm a humanidade dos doentes que se encontram em coma, durante suas intervenções?	Estudo descritivo	Os enfermeiros que cuidam de doentes em coma

Adaptado de: Simões, Rodrigues, e Salgueiro (2008)

Através da leitura comparativa das evidências consideradas conforme apresentadas na Tabela 5, concluímos que todas focam a variável central Humanidade. Todas as evidências científicas aqui apresentadas apresentam uma reflexão crítica e filosófica sobre a Humanidade e respondem a questões centradas nos cuidados de enfermagem a pessoas vulneráveis.

A comunicação é abordada numa multiplicidade de formas objetivando atingir uma única finalidade: a compreensão da mensagem que está a ser partilhada entre emissor e recetor. No entanto, este fenómeno não é tarefa fácil, principalmente em situações que envolvem saúde e doença, como aquelas que ocorrem no trabalho da enfermagem. A proxémia aplicada à observação do processo comunicativo entre profissionais de enfermagem e doente permite avaliar a assistência prestada, mediante identificação dos diferentes fatores proxémicos. Assim, pode-se interferir nesses fatores, revendo os comportamentos assumidos durante a comunicação com o doente e, se possível, mudando o espaço da interação, a fim de melhorar o relacionamento interpessoal no ambiente hospitalar e estabelecer um processo comunicativo mais eficiente.

Bibliografia da Aula

- Araújo, R., Galvão, A., & Martins, P. (2014). Humanidade-uma ferramenta do cuidador em cuidados continuados-perspetiva do educador social. In 2º Congresso Internacional "Novos Olhares na Saúde" (pp. 216–227).
- Archer, M. S. (2002). Realism and the Problem of Agency. *Alethia*, 5(1), 11–20. <https://doi.org/10.1558/aleth.v5i1.11>
- Biquand, S., & Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanidade ®. *Work*, 41(SUPPL.1), 1828–1831. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0392-1828>
- Carvalho Pereira Melo, R. C., Carvalho Fernandes, D. S., Albuquerque, J. S., & Duarte, M. N. (2017). Methodology of Care Humanitude in Promoting Self-care in Dependent People: An Integrative Review. In N. Duffy, VG and Lightner (Ed.), *Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare* (Vol. 482, pp. 187–193). https://doi.org/10.1007/978-3-319-41652-6_18
- Costa, O., & Galvão, A. M. (2015). *Perception of nurses about work methodology humanidade in management of health care.*
- Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G. (2014). Humanitude: emprender qualidade em saúde. In 2º Congresso Internacional "Novos Olhares na Saúde" (Vol. 1, pp. 322–334).

- de Carvalho Pereira de Melo, R. C., Joaquim Queirós, P., Hiromi Tanaka, L., Jorge Costa, P., de Deus Bogalho, C. I., & da Silva Faria Oliveira, P. I. (2017). Undergraduate nursing students' difficulties during clinical training: perception of the main causes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 55–63.
<https://doi.org/10.12707/RIV17059>
- Denormandie, P., Dubost, V., Marigot-Outtandy, D., Bertin-Hugault, F., Hermann, F., Treffel, S., & Jeandel, C. (2014). Comparative study of two on aged care-based occupational (professional) training in medical home for aged and dependant patients with neuro-psychiatric behaviours. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie de Vieillesse*, 12(2), 163–178.
<https://doi.org/10.1684/pnv.2014.0477>
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Malakoff: Armand Colin.
- Hesbeen, W. (2006). Nursing system and a caring deity, a tail of humanism. *Soins; La Revue de Reference Infirmiere*, (711), 92–95.
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney Jr, L. (2016). Case Report Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital : A Case Series, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/4813196>
- Jacquard, A. (1987). *Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau. Collection Points. Sobrie Point Virgule* (Vol. V51). Paris: Inédit Virgule.
- Jacquard, A. (1991). *L'Héritage de la liberté: de l'animalité à l'humanité*. Paris: Seuil.
- Lagos Sánchez, Z. E., De Mattos-Pimenta, C. A., & Urrutia, M. T. (2015). La calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 95.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.cefc>
- Leite, R. R., & Galvão, A. M. (2015). Humanitude: uma ferramenta de trabalho em cuidados continuados integrados.
- Maria, O. da C. C., & Galvão, A. M. (Ori. . (2014). Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanitude na gestão de cuidados de saúde.

- Melo, R. C. de C. P. de. (2016). Methodology of Care Humanity in Promoting Self-care in Dependent People: An Integrative Review.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L. H., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M. (2017). State-of-the-art in the implementation of the Humanity care methodology in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53–62.
- Pereira, F., Gomes, M. J., & Galvão, A. (2012). Ética e humanidade no cuidado ao idoso. In *Teoria e Prática da Gerontologia-Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 81–92). Viseu: Psicossoma.
- Phaneuf, M. (2007). *Le concept d'humanité: une application aux soins infirmiers généraux*.
- Rappo, I. (2007). *Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions?* Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, junho(14), 213–225.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste - Marescotti ®. *Revista Referência*, 3(4), 69–79.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade , no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência, série 2 nu*, 97–105.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 81–93. <https://doi.org/10.12707/RIII1177>

Aula 5 - A Comunicação de Más Notícias e Gestão do Processo de Luto

3 horas

Subtemas:

1. contextualização de más notícias em saúde
2. estratégias de transmissão de más notícias: protocolo SPIKES
3. comunicação e relacionamento interpessoal em psico-oncologia
4. terapia da dignidade humana
5. fases do processo de luto
6. gestão do processo de luto
7. análise de evidências científicas

Objetivos da aula:

Os profissionais de saúde são os principais agentes na comunicação de informação ao doente, família e outros cuidadores informais, tornando-se, assim, essencial ter competências específicas para esse fim, sendo essas competências ainda mais vitais, quando a informação a transmitir reveste a forma de má notícia.

Atendendo a este preâmbulo, o profissional de saúde deve receber a devida formação para o capacitar a ser um transmissor eficaz e eficiente atendendo à dimensão humana, na comunicação de más notícias, tendo por base a empatia e a compaixão.

Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão. João Lobo Antunes

Nesta aula objetiva-se definir a comunicação de más notícias e como o enfermeiro deve atuar em vários cenários possíveis, sejam eles cuidados continuados e/ou paliativos, cuidados de saúde primários, oncologia, etc.

Comunicar más notícias implica, normalmente, comunicar um evento que modificará de forma negativa e drástica, seja ela permanentemente, temporariamente ou radicalmente, o futuro do doente e seus familiares. Neste cenário, a forma como o profissional de saúde comunica a informação é fulcral para o processo de aceitação por parte do doente, família e demais interessados.

A eficaz comunicação de más notícias, é especialmente importante em algumas áreas da saúde específicas, onde a complexidade dos tratamentos ou a proximidade do fim de vida são habituais, como é o caso dos serviços de cuidados paliativos ou oncologia.

Numa unidade curricular no âmbito da enfermagem de saúde familiar não poderíamos deixar de abordar as estratégias de comunicação de más notícias ao doente e família bem como a relação de ajuda na gestão do processo do luto.

De salientar também as especificidades da comunicação e do relacionamento interpessoal em contexto de doença oncológica, tendo por suporte o modelo de Kubler Ross (Kübler-Ross, 1969) e a teoria da dignidade humana de Chochinov (Chochinov, 2002, 2004, 2012; Chochinov et al., 2005).

Para uma melhor compreensão da temática em apreço, será apresentado um trabalho empírico resultante do desenvolvimento de um projeto de estágio em contexto de cuidados continuados integrados. Trata-se da implementação de um protocolo de transmissão de más notícias numa unidade de cuidados continuados integrados (UCCI) de Murça, daí a relevância da sua análise refletida. Pretende-se, pois, que os estudantes desenvolvam uma abordagem crítica em relação à necessidade de utilizarem um protocolo de comunicação de más notícias nos diversos cenários de cuidados de saúde e sobre a importância da relação de ajuda na gestão do processo do luto. Pretende-se ainda que os enfermeiros ajudem os familiares no processo e gestão do luto, tendo por base os modelos teóricos de Worden (Worden, 2018) e Kubler-Ross (Kübler-Ross, 1969).

Justificação e relevância do tema

Más notícias podem ser definidas como qualquer informação que afeta adversamente e seriamente a visão de um indivíduo sobre seu futuro (Buckman,

1992). A má notícia é, contudo, sempre interpretada de acordo com o recetor e, de tal forma, não é possível antecipar o impacto que as más notícias vão provocar, antes que se tenha determinado as expectativas ou o nível de entendimento do destinatário. Por exemplo, uma doente que é informada de que a dor nas costas é causada por uma recorrência de seu cancro de mama, se estava à espera de ouvir que se tratava de uma lesão muscular, provavelmente receberá mal essa notícia (Baile et al., 2000).

Assim, de acordo com Baptista e Galvão (2014) “independentemente da doença e do impacto do seu tratamento, a sua aceitação é de importância fundamental no processo de adaptação, pelo que os profissionais de saúde a deverão considerar como uma variável positiva” (p. 374).

Atendendo ao descrito, a formação para dominar técnicas e protocolos para comunicar más notícias, assume um papel fundamental na formação do profissional de saúde e, no caso em apreço, do enfermeiro de saúde familiar.

Contudo, comunicar más notícias não pode ser encarado como uma qualquer transmissão de informação, já que revelar informação sobre um diagnóstico, bem como sobre prognósticos, além de ser controverso, não se baseia numa ciência exata, mas antes na transmissão de uma informação baseada num princípio de “probabilidade alta”, pelo que o princípio do respeito pela autonomia da pessoa doente e o seu direito à autodeterminação podem entrar em conflito com o respeito pelos princípios da beneficência e da não-maleficência.

A profissão de Enfermagem tem como essência o cuidar, dependendo principalmente de dois tipos de competência de grande importância:

1. A competência técnica, ou seja, o saber fazer; e
2. A competência de se relacionar e comunicar com o doente, ou seja, o como cuidar.

Como já referido na Aula 1 – A Comunicação e Relação de Ajuda em Cuidados de Enfermagem, a importância da comunicação entre os profissionais de saúde – em especial médicos e enfermeiros – e os doentes, encontra-se bem fundamentado em vários estudos e observa-se uma aceitação generalizada que existe uma necessidade crescente de ensinar e avaliar as técnicas de comunicação nos vários

cursos da área da saúde (Makoul & Schofield, 1999), havendo um número crescente de autores que consideram a comunicação como a ferramenta mais importante nos cuidados de saúde (Kee et al., 2017; Ong et al., 1995; Rosenberg & Gallo-Silver, 2011).

São também numerosos os estudos que demonstram que uma comunicação assertiva entre profissional de saúde e doente /ou família, não só melhoram o estado de saúde, mas também melhoram a eficiência do tratamento e ainda o bem estar do profissional de saúde, sendo inclusivamente um método importante para o bem estar psicológico do profissional de saúde como, por exemplo, na gestão do stress (Gerry, 1989; Herman, 1978; Yamagishi et al., 2007).

Vários dos estudos sobre a comunicação de más notícias têm-se centrado na área dos cuidados paliativos, área essa que tem vindo a ganhar peso nos sistemas de saúde em vários países. Estes estudos apontam todos para a importância da comunicação assertiva neste tipo de cuidados, afirmando maioritariamente que as várias doenças que podem originar a necessidade de cuidados paliativos produzem uma ampla gama de sintomas que produz sofrimento considerável nos doentes no final de vida. Contudo, estes mesmos estudos concluem que os profissionais de saúde não podem concentrar-se apenas nas competências técnicas de controle de sintomas mas que devem atribuir igual importância a todos os aspetos relacionados com os cuidados de final de vida, em especial, terem elevadas competências de comunicação, tomada de decisão e construção de relações (Ferris, von Gunten, & Emanuel, 2000).

Tendo como pano de fundo, o atrás descrito, e a evidente vital importância de competências para a comunicação de más notícias, considera a candidata importante introduzir, nesta aula, a análise de um protocolo de transmissão de más notícias que tem colhido grande aceitação entre os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e os enfermeiros.

Os autores de vários trabalhos recentes informaram que as entrevistas sobre a divulgação de más notícias devem incluir um número de técnicas-chave de comunicação que facilitam o fluxo de informações (Buckman, 1992; Girgis & Sanson-Fisher, 1998; Maguire & Faulkner, 1988; Ptacek & Eberhardt, 1996).

O processo de divulgação de más notícias pode ser visto como uma tentativa de atingir quatro objetivos essenciais. O primeiro é recolher informações do doente, permitindo ao médico determinar o conhecimento e as expectativas do doente e a disponibilidade para ouvir as más notícias. O segundo objetivo é fornecer informações assertivas de acordo com as necessidades e desejos do doente. O terceiro objetivo é apoiar o doente recorrendo a competências de comunicação para reduzir o impacto emocional e o isolamento experienciados pelo recetor de más notícias. O objetivo final é desenvolver uma estratégia na forma de um plano de tratamento com a contribuição e cooperação do doente (Baile et al., 2000).

O atingir estas metas é conseguido concluindo um processo de seis tarefas ou etapas, cada uma delas associada a competências específicas. Nem todos os episódios de más notícias exigem todos os passos do protocolo que os reúne, o protocolo SPIKES, mas quando é necessário, estes seis passos devem ser executados sequencialmente pela ordem indicada (Baile et al., 2000). Apresentam-se, de seguida, as seis etapas deste protocolo, as correspondentes tarefas e respetivas recomendações:

Passo 1: S (Setting-up) – Configuração do local da entrevista, ou seja, planeamento inicial adequado

O ensaio mental é uma maneira útil de se preparar para tarefas stressantes. Este ensaio pode ser realizado, revisitando o plano para informar o doente e como alguém responderá às reações emocionais dos doentes ou a perguntas difíceis. Como o transmissor das más notícias, deve-se esperar ter sentimentos negativos e sentir frustração ou responsabilidade (Whippen & Canellos, 1991). É útil lembrar que, embora as más notícias possam ser muito tristes para os doentes, as informações podem ser importantes para permitir que planeiem o futuro.

Às vezes, a configuração da sala física faz com que as entrevistas sobre tópicos delicados fiquem confusos. A menos que haja uma aparência de privacidade e o cenário seja propício para discussões não distraídas e focadas, os objetivos da entrevista podem não ser atingidos. Apontam-se algumas diretrizes úteis:

- Organizar alguma privacidade. Uma sala de entrevista é ideal, mas, se não houver uma disponível, feche as cortinas à volta da cama doente. Ter lençóis prontos para o caso de o doente chorar;
- Envolver outras pessoas próximas, como os familiares. A maioria dos doentes quer ter alguém com eles, mas essa deve ser a escolha do doente. Quando houver muitos membros da família, peça ao doente que escolha um ou dois representantes da família;
- Sentar-se. Sentar-se relaxa o doente e também é um sinal de que o profissional não está apressado. Quando estiver sentado, tente minimizar barreiras entre o profissional e o doente. Se se o doente acabou de ser examinado, permita que ele se vista antes da conversa;
- Estabeleça uma ligação com o doente. Manter o contato visual pode ser desconfortável, mas é uma maneira importante de estabelecer rapport. Tocar o doente no braço ou segurar a mão (se o doente estiver confortável com isso) é outra maneira de conseguir esse objetivo;
- Gerir as restrições de tempo e interrupções. Informe o doente sobre quaisquer restrições de tempo que possa ter ou interrupções que possam acontecer. Ponha os dispositivos móveis no modo silencioso ou peça a um colega para responder às suas chamadas ou mensagens.

Passo 2: P – Avaliar a Perceção do doente, ou seja, avaliar o que a pessoa sabe da sua doença

Os passos 2 e 3 dos SPIKES são pontos da entrevista onde se implementa o axioma “antes de dizer, perguntar”. Isto é, antes de discutir os achados clínicos, o profissional utiliza perguntas abertas para criar uma imagem o mais precisa possível de como o doente percebe a situação médica - o que é e se é grave ou não. Por exemplo, “Do que foi informado sobre a sua situação médica até agora?” Ou “Compreende as razões pelas quais fizemos a ressonância magnética?”. Com base nessas informações, o profissional pode corrigir informações erradas e adaptar as más notícias ao que o doente entende. Este passo pode também ajudar na importante tarefa de determinar se o doente está envolvido em qualquer variação de negação doentia:

pensamento positivo, omissão de detalhes médicos essenciais mas desfavoráveis da doença ou expectativas irrealistas de tratamento (Lubinsky, 1994).

Passo 3: I (Invitation) – Obter o convite do doente

Embora a maioria dos doentes expresse o desejo de obter informações completas sobre seu diagnóstico, prognóstico e detalhes de sua doença, alguns doentes não o desejam. Quando um profissional ouve um doente expressar convictamente um desejo de informação, isso pode diminuir a ansiedade associada à divulgação das más notícias (Conlee & Tesser, 1973). No entanto, omitir informação é um mecanismo de enfrentamento psicológico válido (Gattellari, Butow, Tattersall, Dunn, & Macleod, 2018; Miller, 1995) e pode ter mais probabilidade de se manifestar à medida que a doença se torna mais grave (Butow, Maclean, Dunn, Tattersall, & Boyer, 1997). Discutir a divulgação de informações no momento do pedido de exames complementares de diagnóstico pode sugerir ao profissional que planeia a próxima discussão com o doente. Exemplos de perguntas a fazer ao doente seriam: “Como gostaria que eu transmitisse as informações sobre os resultados dos seus exames? Gostaria que eu lhe transmitisse todas as informações ou prefere um resumo dos resultados e que passe mais tempo a discutir o plano de tratamento?”. Se os doentes não quiserem saber detalhes, ofereça-se para responder a quaisquer perguntas que possam ter no futuro ou para falar com um familiar ou amigo.

Passo 4: K (Knowledge) – Transmitir conhecimento e informação ao doente

Avisar o doente que más notícias podem chegar, pode diminuir o choque que acompanha a divulgação de más notícias (Maynard, 1996) e pode facilitar o processamento de informações (Maynard, 1997). Exemplos de frases que podem ser usadas incluem: "Infelizmente, tenho más notícias para lhe dizer" ou "lamento dizer-lhe isto ...". Dar informações médicas, a parte unidirecional do diálogo médico-doente, pode ser aprimorada com algumas diretrizes simples. Primeiro, comece pelo nível de compreensão e vocabulário do doente. Em segundo lugar, tente utilizar

palavras não técnicas, como “espalhar” em vez de “metastático” e “amostra de tecido”, em vez de “biópsia”. Terceiro, evitar o excesso de franqueza (por exemplo,

"Tem um cancro muito agressivo e, a menos que receba tratamento imediatamente, vai morrer."), já que é provável que o doente fique isolado e depois irritado, com tendência a culpar o mensageiro das más notícias (Lind, DelVecchio Good, Seidel, Csordas, & Good, 1989; Maynard, 1996, 1997). Quarto, transmitir informações em pequenas parcelas e verificar periodicamente a compreensão do doente. Quinto, quando o prognóstico é pessimista, evitar utilizar frases como “Não há nada mais que possamos fazer por si”. Essa atitude é inconsistente com o facto de que os doentes geralmente têm outros objetivos terapêuticos importantes, como bom controle da dor e alívio dos sintomas (Greisinger, Lorimor, Aday, Winn, & Baile, 2003; Sardell & Trierweiler, 1993).

Passo 5: E – Enfrentar as Emoções do doente com respostas empáticas

Responder às emoções do doente é um dos desafios mais difíceis de ato de dar más notícias (Buckman, 1992; Ptacek & Eberhardt, 1996). As reações emocionais dos doentes podem variar do silêncio à descrença, choro, negação ou raiva.

Quando os doentes recebem más notícias, a sua reação emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e tristeza. Nessa situação, o profissional pode oferecer apoio e solidariedade ao doente, dando uma resposta empática. Uma resposta empática consiste em quatro etapas (Ptacek & Eberhardt, 1996):

- Num primeiro momento observar qualquer emoção por parte do doente. Estas emoções podem ser choro, um olhar de tristeza, silêncio ou choque;
- Segundo, identificar a emoção experienciada pelo doente tentando compreendê-la. Se um doente parecer triste, mas estiver em silêncio, utilizar perguntas abertas para questionar o doente sobre o que ele está a pensar ou a sentir;
- Terceiro, identificar o motivo da emoção. Geralmente estará relacionada com as más notícias. No entanto, se não houver a certeza, questionar novamente ao doente;

- Quarto, depois de ter dado ao doente um breve período de tempo para expressar os seus sentimentos, permitir ao doente saber que compreende a emoção e a razão da emoção, fazendo uma declaração de compreensão.

Por exemplo:

Profissional: Lamento dizer que a radiografia mostra que a quimioterapia parece não estar a funcionar [pausa]. Infelizmente, o tumor cresceu um pouco.

Doente: eu tenho medo disso! [Chora]

Profissional: [Move a cadeira para mais perto, oferece ao doente um lenço e faz uma pausa.] Eu sei que isto não é o que você queria ouvir. Eu queria que as notícias fossem melhores.

Até que uma emoção esteja clarificada, será difícil discutir outras questões. Se a emoção não for assimilada é útil continuar a responder empaticamente, até que o doente se acalme. Os profissionais também podem usar uma resposta empática para reconhecer a sua própria tristeza ou outras emoções (“Eu também gostaria que as notícias fossem melhores”). Pode ser uma demonstração de apoio para acompanhar a resposta empática com uma afirmação de validação, que permite ao doente saber que os seus sentimentos são legítimos.

Passo 6: S (Strategy and Summary) – Estratégia e resumo

Os doentes que têm um plano claro para o futuro têm menos probabilidade de se sentirem ansiosos e inseguros. Antes de discutir um plano de tratamento, é importante perguntar aos doentes se eles estão prontos naquele momento para tal discussão. A apresentação de opções de tratamento aos doentes quando eles estão disponíveis não é apenas uma obrigação legal em alguns casos (Nattinger & Hoffmann, 1996), mas cria a perceção de que o profissional considera os desejos do doente importantes. Compartilhar a responsabilidade pela tomada de decisão com o doente também pode reduzir qualquer sensação de falha por parte do profissional quando o tratamento não é bem-sucedido. Verificar a incompreensão do doente em relação à discussão pode impedir a tendência documentada dos doentes, de superestimar a eficácia ou entender mal o propósito do tratamento (Conlee & Tesser,

1973; Eidinger & Schapira, 1984; Mackillop, Stewart, Ginsburg, & Stewart, 1988; Quirt et al., 1997).

Os profissionais geralmente ficam muito desconfortáveis quando precisam discutir o prognóstico e as opções de tratamento com o doente, se a informação for desfavorável. O desconforto tem várias origens, como a incerteza sobre as expectativas do doente, o medo de destruir a esperança do doente, o medo de sua própria incapacidade em face da doença incontável, o não se sentir preparado para lidar com as reações emocionais antecipadas do doente e às vezes a vergonha de ter criado uma imagem demasiadamente otimista para o doente.

Estes diálogos difíceis podem ser muito facilitados pelo uso de várias estratégias. Primeiro, muitos doentes já têm alguma ideia da gravidade da sua doença e das limitações do tratamento, mas têm medo de mencioná-lo ou perguntar acerca dos resultados. Explorar o conhecimento, as expectativas e as esperanças do doente (Passo 2 do SPIKES) permitirá que o profissional compreenda onde o doente está e iniciar a discussão a partir desse ponto. Quando os doentes têm expectativas irreais (por exemplo, "Eles disseram-me que você faz milagres"), deve o profissional pedir ao doente para descrever a história da doença, geralmente revelando medos, preocupações e emoções que estão por trás da expectativa. Os doentes podem ver a cura como uma solução global para vários problemas diferentes que são significativos para eles. Estes podem incluir a perda de um emprego, incapacidade de cuidar da família, dor e sofrimento, dificuldades para os outros ou mobilidade reduzida. Expressar esses medos e preocupações muitas vezes permitirá que o doente reconheça a gravidade da sua condição. Se os doentes ficarem emocionalmente perturbados ao discutir as suas preocupações, será apropriado usar as estratégias descritas na etapa 5 do SPIKES. Em segundo lugar, a compreensão dos principais objetivos que muitos doentes têm, como o controle dos sintomas e a garantia que recebem o melhor tratamento possível e a continuidade dos cuidados, permitirão ao profissional definir a esperança em termos do que é possível realizar. Isso pode ser muito reconfortante para os doentes (Baile et al., 2000).

Na essência dos cuidados paliativos existe um objetivo principal, que se resume a ajudar os doentes a morrer com dignidade, seja tal atingido através do

controlo dos sintomas, do bem estar psicológico e espiritual do doente ou do cuidado com a família (Abiven, 1991; Chochinov, 2002).

Considerações de dignidade são frequentemente invocadas como a justificação para várias abordagens ao tema e à própria definição de morrer com dignidade e cuidados paliativos, mesmo quando essas abordagens são diametralmente opostas, ao cuidado de doentes terminais, seja em relação à eutanásia e ao suicídio assistido, à hidratação e nutrição, à sedação terminal ou a simples gestão e controlo dos sintomas (Ganzini et al., 2000; Sullivan, Hedberg, & Fleming, 2000).

Em muitos contextos, o termo “morte com dignidade” tornou-se sinónimo do direito ao suicídio assistido e à eutanásia, removendo-o de seu lugar como um princípio de cuidado à beira do leito para doentes em final de vida. No entanto, as opções de cuidado expandem-se muito além do paradigma da gestão e controlo de sintomas e abrangem os aspetos físicos, psicológicos, sociais, espirituais e existenciais da experiência terminal do doente (Chochinov, 2002). Abordar sistematicamente essas questões nas discussões sobre os cuidados no fim da vida poderia permitir que os doentes fizessem mais escolhas informadas, conseguissem um melhor tratamento paliativo dos sintomas e tivessem mais oportunidades de trabalhar em questões em torno do final de vida.

Apesar da politização pelos movimentos de eutanásia e suicídio assistido, a dignidade não se relaciona exclusivamente a considerações de morte assistida (Ganzini et al., 2000; Sullivan et al., 2000). De acordo com Quill (2000), a dignidade fornece uma estrutura abrangente que pode orientar o profissional, doente e família na definição dos objetivos e considerações terapêuticas fundamentais no final da vida.

Se a preservação da dignidade deve ser uma meta dos cuidados paliativos, o senso de dignidade do doente deve prioritariamente ser completamente entendido. Poucos estudos abordaram essa questão diretamente, embora vários a examinem do ponto de vista de um paradigma de “boa morte” ou de “qualidade de vida” (Stewart, Teno, Patrick, & Lynn, 1999). Estes mesmos autores, fizeram uma revisão da literatura, por forma a desenvolver uma estrutura concetual que delinea vários domínios de influência sobre a qualidade de vida de pessoas em fim de vida, no contexto dos cuidados de saúde. Essa estrutura destinava-se a orientar o

desenvolvimento de um conjunto abrangente de medidas de resultados e a avaliar a qualidade de vida das pessoas que estão em final de vida e os cuidados de que necessitam. Outros identificaram domínios importantes da qualidade dos cuidados no final de vida, identificando fontes de influência físicas e psicossociais (Singer, Martin, & Kelner, 1999; Stewart et al., 1999).

No entanto, sem uma análise cuidadosa do que significam para o doente em fim de vida: satisfação; conforto psicológico ou sentimento de controle; e apoio, alcançar bons resultados terapêuticos continua a ser um desafio. O conceito de “uma boa morte” tem sido estudada por vários autores (Payne, Langley-Evans, & Hillier, 1996; Steinhauer, Christakis, Clipp, & McIntyre, 2000). Steinhauer et al. (2000), convidaram doentes e cuidadores a elencarem os fatores que consideravam mais importantes no final da vida. Esses fatores incluíam a gestão e controlo da dor e dos sintomas, a preparação para a morte, decisões sobre preferências de tratamento e ser tratado como uma “pessoa inteira”. Por sua vez, Payne et al. (1996), indicaram que a “dignidade” era muitas vezes considerada importante pelos doentes descrevendo uma “boa morte”. No entanto, sem mais esclarecimentos, o termo permanece vago e as implicações para as respostas terapêuticas são ambíguas.

Turner et al. (1996), no seu estudo, solicitou aos membros de uma equipa de profissionais de saúde, que avaliassem, nas 24 horas após o óbito de um doente, qual o nível de dignidade do doente falecido nos 3 dias imediatamente anteriores à sua morte. Este estudo, gerou uma lista de fatores que depois foram utilizados para avaliar a dignidade. No entanto, os autores concluíram que eram incapazes de clarificar o significado mais profundo e a relevância pessoal da dignidade do doente, descrevendo-o como “um conceito elusivo” que precisava ser estudado do ponto de vista dos próprios doentes (Turner et al., 1996).

Abiven (1991), num dos poucos estudos a examinar especificamente o construto da dignidade, usando informação diretamente de doentes em fim de vida, fornece um modelo que ajuda a descrever a noção de cuidado que preserva a dignidade. O modelo, aborda, em primeiro lugar, a questão ética originada por uma abordagem nos cuidados em fim de vida ou paliativos, que em muitos casos é contraditória com as abordagens na maioria das restantes áreas da medicina. Esta

contradição advém do facto do profissional, por norma optar por tratamentos que prolonguem a vida dos doentes, sendo que nos cuidados paliativos, tendo sempre como pano de fundo a dignidade humana e o respeito pela vontade do doente, os tratamentos adequados, poderão até acelerar o fim de vida. Um caso muito comum é o dilema que os profissionais enfrentam, sobre deixar o doente ir para casa, para morrer em paz e rodeado daqueles que ama, ou ao invés, prolongar a estadia no hospital, uma vez que tal poderá prolongar a vida. O autor continua a argumentar, que os cuidados paliativos são uma área própria e muito distinta dos cuidados de saúde em geral, sendo que o défice de formação é maior nos médicos do que nos enfermeiros, uma vez que estes últimos costumam receber formação específica nesta área bem como nos temas relacionados com a morte.

Embora os cuidados conservadores da dignidade devam ser avaliados e validados em diversas populações, o conceito de conservação da dignidade nos cuidados de fim de vida deve tornar-se parte do léxico de cuidados paliativos, e o padrão geral de cuidado para todos os doentes próximos da morte. Esse cuidado deve abranger uma ampla gama de intervenções, com base na compreensão das diversas fontes de sofrimento que podem infringir o senso de dignidade de um doente. O que define a dignidade para cada doente e sua família é idiossincrático e deve ser considerado pelos profissionais para os cuidados de fim de vida mais abrangentes e empáticos possíveis. O modelo de dignidade oferece uma estrutura pela qual os profissionais podem considerar essa tarefa, permitindo que o morrer com dignidade se torne um resultado explicitamente direcionado.

A Terapia da Dignidade, criada por Chochinov em 2005, consiste numa intervenção psicoterapêutica desenvolvida para dar sentido às questões fomentadoras de angústia psicossocial e existencial, com abordagem breve e individualizada, que permite aos doentes discutir as questões individuais mais importantes para a construção de um documento de legado que possa ser lembrado após a morte iminente. Neste sentido, o principal contributo da terapia é a construção de um legado, os doentes são orientados pelo terapeuta (profissional da saúde treinado) a explorar questões importantes – vontades, lembranças e/ou assuntos inacabados – registadas por áudio pelo profissional, o qual posteriormente as transcreve e as edita

em forma de documento, e, de acordo com a escolha do doente, esse pode ser entregue em vida ou após a morte aos familiares ou outros entes queridos (Chochinov et al., 2005). A equipa de cuidados paliativos também pode fazer uso desse material para compreender melhor as questões de fim de vida e prestar uma assistência voltada para as especificidades de cada doente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a estratégia de cuidados paliativos deve ser desenvolvida por uma equipa multiprofissional que tenha uma atenção focada não na doença a ser curada/controlada, mas no doente/ pessoa, entendido como ser biográfico, ativo, com direito à informação e autonomia plena para as decisões a respeito do seu tratamento (Davies & Higginson, 2004). A atenção deve ser individualizada ao doente e à sua família, para obter o controlo de todos os sintomas e a prevenção do sofrimento.

Quando os doentes em fim de vida são encarados e sabem que são vistos como merecedores de honra e estima por aqueles que lhes são próximos, a dignidade é mais provável de ser mantida. Por sua vez, os cuidadores que conseguem fazer com que o doente se sinta digno, nomeadamente através das ações que os cuidadores praticam, prestam melhores cuidados e conforto aos que estão próximos da morte (Chochinov, 2002).

O luto é um processo que se produz através da perda, por morte, de uma pessoa significativa. É uma experiência humana universal, única e dolorosa. A experiência emocional de enfrentar a perda é denominada pela elaboração do luto conduzindo a uma necessidade de adaptação à nova situação” (Barreto, Yi, & Soler, 2008, p. 384).

Para Sanders, Ott, Kelber e Noonan (2008), o luto é visto como um processo complexo, multidimensional que envolve o domínio físico o psicológico, social e espiritual.

Worden (2018) propõe a conceptualização do processo de luto em tarefas, preferindo este termo ao termo “fases”, que necessitam de ser realizadas pelos enlutados. O termo tarefa não é inocente, e pretende, de acordo com o autor, evidenciar que a pessoa em luto é ativa e que tem que percorrer um caminho na sua

busca de paz, sendo que “A pessoa enlutada vê o conceito de fases como algo que deve ser atravessado, enquanto a abordagem de tarefas dá ao enlutado algum sentido de alavanca e esperança de que haja algo que ele possa efetivamente fazer” (Worden, 2018, p. 51).

As quatro tarefas do processo de gestão do luto propostas pelo autor, são apresentadas na seguinte tabela:

Tarefa	Objetivo	A realizar
1	Aceitar a realidade da perda	Embora o enlutado saiba intelectualmente que a pessoa morreu, ele pode experimentar um sentimento de descrença. Integrar a realidade de sua morte significa “absorver” todo o seu ser. Por exemplo, a realidade pode começar a aparecer imediatamente após a morte, quando precisa assistir à missa, o enterro ou cremação.
2	Processar a dor do luto	O luto é experimentado emocionalmente, cognitivamente, fisicamente e espiritualmente. As pessoas podem dizer: "Supere isso; siga em frente; seja forte". Em contraste, um dos objetivos dos grupos de apoio ao luto é encorajar e facilitar a expressão segura de todas as reações naturais do luto.
3	Ajustar-se a um mundo sem o falecido	Ajustes externos incluem assumir responsabilidades e aprender novas competências. Ajustes internos são feitos conforme o enlutado se adapta à sua nova identidade. Os ajustes espirituais ocorrem quando o enlutado lida com questões sobre o seu sistema de crenças e sobre o propósito e significado da vida.
4	Encontrar uma conexão duradoura com os falecidos enquanto inicia uma nova vida	Aos poucos o enlutado cria um equilíbrio entre lembrar a pessoa que morreu e viver uma vida plena e significativa.

Adaptado de Worden (2018)

O desfecho do luto é caracterizado como o momento a partir do qual a pessoa consegue prosseguir com a sua vida e a perda passa a não ser experimentada como algo tão doloroso. O tempo necessário para que isso aconteça é variável, não sendo possível estabelecer um prazo considerado “normal” para a elaboração do luto (Bowlby, 1980; Worden, 2018).

Acreditando que a comunicação não é apenas uma arte, mas também se ensina e aprende, é realmente possível, através das palavras, mudar a efetividade das nossas ações, com vista a ajudar os doentes e família.

Atendendo ao que foi referido anteriormente, a comunicação de más notícias e a gestão do processo de luto, devem ser vistos como uma responsabilidade multidisciplinar que requer a participação ativa dos vários profissionais de saúde, tendo estes como dever trabalhar em equipa, respeitando as competências e funções de cada um. Importa relembrar que comunicar uma má notícia e acompanhar um doente em fim de vida é demasiado complexo, para se cingir apenas a um único momento. A transmissão de más notícias pode ser entendida como um processo, ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a notícia é comunicada (Warnock, Tod, Foster, & Soreny, 2010). Assim, as necessidades de informação aos doentes e a responsabilidade no processo e gestão do luto, vão para além do momento da transmissão da má notícia, como por exemplo, a que respeita ao diagnóstico da doença e prognóstico conforme transmitido pelo profissional. Melhorar a comunicação em saúde é um imperativo ético para os técnicos de saúde e, ao mesmo tempo, é uma responsabilidade de todos.

Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para dar esse tipo de assistência, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam junto dos doentes, conseguindo desta forma estabelecer com estes relações de confiança e de grande proximidade, reforçando a necessidade de formação adequada nestas competências (Baptista & Galvão, 2014).

Bibliografia da Aula

Abiven, M. (1991). Dying with dignity. *World Health Forum*, 12, 375–399.

https://doi.org/10.1007/978-3-642-54980-9_9

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P.

(2000). SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to

- the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A., Glober, G. A., Myers, E. G., Greisinger, A. J., ... Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology: Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86(5), 887–897.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19990901\)86:5<887::AID-CNCR27>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19990901)86:5<887::AID-CNCR27>3.0.CO;2-X)
- Baptista, G., & Galvão, A. (2014). Avaliação da aceitação da doença crónica. In 2^o *Congresso Internacional "Novos Olhares na Saúde"* (pp. 367–375).
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109–128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore, Johns Hopkins University Press. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-Conserving Care — A New Model for Palliative Care. *Journal of American Medical Association*, 287(17), 2253–2260.
<https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Chochinov, H. M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. *Journal of Clinical Oncology*, 22(7), 1336–1340. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.12.095>
- Chochinov, H. M. (2012). Death, Time, and the Theory of Relativity: A Brief Reply? *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(3), 460–463.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.12.177>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). A novel psychotherapeutic intervention for patients near end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 5520–5525.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- Ferris, F. D., von Gunten, C. F., & Emanuel, L. L. (2000). Ensuring Competency in End-of-Life Care. *BMC Palliative Care*, 284(23), 3051–3057.

- Ganzini, L., Nelson, H. D., Schmidt, T. A., Kraemer, D. F., Delorit, M. A., & Lee, M. A. (2000). Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*, *342*(8), 557–563.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200002243420806>
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*(1), 31–65.
<https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Lubinsky, M. S. (1994). Bearing bad news: Dealing with the mimics of denial. *Journal of Genetic Counseling*, *3*(1), 5–12. <https://doi.org/10.1007/BF01414602>
- Maynard, D. W. (1997). How to tell patients bad news: the strategy of “forecasting”. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *64*(4), 181–182.
- Payne, S. A., Langley-Evans, A., & Hillier, R. (1996). Perceptions of a “good” death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative Medicine*, *10*(4), 307–312. <https://doi.org/10.1177/026921639601000406>
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA*, *276*(6), 234–239.
- Ptacek, J. T., Fries, E. A., Eberhardt, T. L., & Ptacek, J. J. (1999). Breaking bad news to patients: Physicians' perceptions of the process. *Supportive Care in Cancer*, *7*(3), 113–120. <https://doi.org/10.1007/s005200050240>
- Quill, T. E. (2000). Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: Addressing the “elephant in the room.” *Journal of the American Medical Association*, *284*(19), 2502–2507. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2502>
- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H. N., Beeney, L. J., & Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, *14*(1), 48–56.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdg010>
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality End-of-Life Care. *Jama*, *281*(2), 163. <https://doi.org/10.1001/jama.281.2.163>

- Steinhauser, K., Christakis, N., Clipp, E., & McIntyre, L. (2000). End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *Jama*, 284(19), 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>.
- Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D., & Kiss, A. (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology*, 21(2), 204–207. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp564>
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543–1555. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x>

Página deixada propositadamente em branco

Aula 6 - Relação de Ajuda e os Contextos Profissionais

3 horas

Subtemas:

1. Saúde mental em contexto laboral: stress e burnout
2. Gestão de conflitos
3. Competências de Inteligência Emocional para o trabalho

Objetivos da aula:

Esta aula tem como propósito evidenciar a importância do desenvolvimento de competências emocionais para o trabalho, por forma a manter a saúde mental em contexto laboral e consequentemente o bem estar em geral. Objetiva-se que os enfermeiros desenvolvam áreas do autoconhecimento; da autoconsciência; da automotivação e competências de coping para lidarem adaptativamente com a adversidade.

Justificação e relevância do tema

Conforme podemos ler no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011), a aprendizagem profissional deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Assim, neste sentido, deverá demonstrar na sua práxis a capacidade de autoconhecimento, que é central na profissão de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Relevar a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional; desenvolver a congruência entre auto e heteroperceção: gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; atuar eficazmente sob pressão; reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade: utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

De acordo com Bartlett (1998), o stress é geralmente definido a partir de uma perspetiva de "pedidos-perceção-resposta", sendo que Lazarus e Folkman (1984) integraram essa visão numa teoria cognitiva do stress, tornando-se a teoria mais

amplamente aplicada no estudo do stress ocupacional e da gestão do stress. O conceito básico é que o stress se relaciona tanto com a perceção de um indivíduo quanto aos pedidos que lhe vão sendo feitos, quanto com sua perceção da sua capacidade de responder a esses pedidos. Uma manifestação de stress, significa que o os pedidos feitos a um indivíduo excedem a sua perceção de capacidade de responder a esses pedidos, desencadeando uma resposta ao stress (Clancy & McVicar, 2009).

Atualmente, o stress laboral é uma das principais formas de stress que afetam a nossa sociedade. O trabalho adquiriu uma grande relevância social, no entanto o interesse pela produtividade e pela eficiência nem sempre é acompanhado de condições dignas e adequadas, recursos suficientes e postos de trabalho que tenham em conta as características das pessoas, as suas necessidades, aptidões e interesses.

Numa perspetiva preventiva, há que reconhecer que determinadas condições de trabalho em que se desenvolve a atividade profissional constituem circunstâncias indutoras de stress para a maioria dos indivíduos.

Desta forma, parece ser importante conhecer quais os fatores de natureza profissional indutores de stress que poderão estar envolvidos na prestação de cuidados de saúde e, dessa forma, poder contribuir para o bem-estar dos profissionais de saúde.

Uma das possíveis consequências desta multiplicidade de exigências laborais é o surgimento do burnout. Esta síndrome é frequentemente entendida como um prolongamento do stress ocupacional crónico, no qual o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação estão esgotados (Maslach & Schaufeli, 1993).

Algumas indicações sobre este fenómeno entre os profissionais da saúde têm levado a repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos doentes bem como na adesão ao tratamento (Gaba & Howard, 2002).

A saúde mental tem sido definida de forma variada por estudiosos de diferentes culturas. Conceitos de saúde mental incluem “o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional, entre outros” (WHO, 2001, p. 5).

Nesta definição, a saúde mental é entendida como um aspeto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com

os outros. Com esta perspetiva positiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) convida a refletir na saúde mental muito para além das doenças e das deficiências mentais.

De acordo com vários autores, a principal causa de stress no trabalho são as questões de relacionamento interpessoal, sendo que uma larga maioria dos indivíduos incluídos nos vários estudos, considera que relações interpessoais negativas são prejudiciais ao bom funcionamento das organizações (Brinkert, 2010).

Porter-O'Grady, (2004), com base em extensos estudos por vários autores (Brinkert, 2010), propõe a estrutura para um programa para formação em gestão de conflitos, incluindo os seguintes princípios específicos:

- escopo (incluir todos os membros da organização interna);
- cultura (acolher diferentes perspetivas e incentivar o envolvimento e resolução de conflitos nos níveis mais baixos possíveis);
- múltiplos pontos de acesso (garantem fácil acesso ao conhecimento sobre o sistema e aqueles capazes de abordar o conflito em questão);
- múltiplas opções (oferecer opções baseadas em interesses e baseadas em direitos para resolução);
- estruturas de apoio (coordenar o sistema de gestão de conflitos para que permaneça acessível e integrado às operações diárias).

Os princípios acima enunciados baseiam-se no princípio do *empowerment* dos profissionais, um ambiente de trabalho mais cooperativo e podem reduzir muito o tempo e os custos associados à gestão de conflitos (Brinkert, 2010; Porter-O'Grady, 2004). Foi lançada em Bruxelas a campanha europeia "Os Locais de Trabalho Saudáveis para Todas as Idades", por iniciativa da Comissão Europeia e da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), sendo um dos objetivos da mesma, destacar a importância da prevenção de riscos ao longo da vida de trabalho.

Contudo, os investigadores também encontram consenso generalizado, que na base da gestão de conflitos, bem como nas relações interpessoais eficazes e eficientes, está a inteligência emocional (Almost, 2006; Brinkert, 2010).

A inteligência tem sido tradicionalmente associada ao desempenho em testes para medir o Quociente de Inteligência (QI). Contudo, nas últimas décadas, concluiu-se que o QI é apenas um dos vários tipos de inteligência. Gardner (1993) identificou sete tipos de inteligências principais, embora tenha indicado que os sete tipos principais podem ser categorizados para especificar habilidades múltiplas e variadas. Por sua vez, Goleman (1995) confirmou essa ampla perspectiva, incorporando uma multiplicidade de talentos, forneceu uma imagem mais rica de competências relacionadas com o potencial de sucesso na vida do que aquele que advém do desempenho em testes de QI padrão. Tendo emergido o mapa de competências emocionais para o trabalho, as quais englobam: Autoconsciência; Autocontrole; Auto-motivação; Consciência do outro e Habilidades Sociais.

A inteligência emocional no trabalho tem um papel inquestionável no futuro profissional de cada indivíduo.

Bibliografia da Aula

- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444–453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x>
- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Berrios Martos, M. P., & Aguilar-Luzón, M. del C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 888–901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005>
- Beauvais, A. M., Brady, N., O’Shea, E. R., & Griffin, M. T. Q. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*, 31(4), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.013>
- Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 145–156. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01061.x>

- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities, 30*(2), 367–377. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.07.002>
- Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C., & Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today, 35*(3), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.009>
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry, 11*(2), 91–98. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00198.x>
- Gardner, H. (1993). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. Intelligence reframed Multiple intelligences for the 21st century. Oxford: Hachette. <https://doi.org/10.1177/001698620204600209>
- Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review, 76*(6), 93–102. <https://doi.org/10.4135/9781446213704.n9>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- GrayToft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment, 3*(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
- Holbery, N. (2015). Emotional intelligence - essential for trauma nursing. *International Emergency Nursing, 23*(1), 13–16. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.08.009>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In *The Handbook of Behavioral Medicine* . (pp. 282–325). [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61635-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61635-6)
- Lewis, G. M., Neville, C., & Ashkanasy, N. M. (2017). Emotional intelligence and affective events in nurse education: A narrative review. *Nurse Education Today, 53*(August 2016), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.001>
- Littlejohn, P. (2012). The Missing Link: Using Emotional Intelligence to Reduce Workplace Stress and Workplace Violence in Our Nursing and Other Health

- Care Professions. *Journal of Professional Nursing*, 28(6), 360–368.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.006>
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x>
- Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 974–983. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00876.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parte e - Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Ordem dos Enfermeiros.
- Parnell, R. B., & St. Onge, J. L. (2015). Teaching safety in nursing practice: Is emotional intelligence a vital component? *Teaching and Learning in Nursing*, 10(2), 88–92. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2014.11.001>
- Van Den Tooren, M., & De Jonge, J. (2008). Managing job stress in nursing: What kind of resources do we need? *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 75–84. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04657.x>
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.

Aula 7 - Relação de Ajuda Junto da Família

3 horas

Subtemas:

1. Competências específicas do enfermeiro de saúde familiar
2. Modelo bioecológico do desenvolvimento humano
3. Rede social de apoio
4. A família como cuidador informal
5. A prática de *Mindfulness* na saúde mental dos cuidadores informais
6. Literacia em saúde como ferramenta da relação de ajuda

Objetivos da aula:

Com esta aula pretende-se evidenciar o contexto familiar como um contexto de prestação de cuidados de saúde e de desenvolvimento humano. Neste sentido é imperativo que seja avaliado o contexto bioecológico do indivíduo, a sua rede social de apoio e a promoção da literacia para a saúde em geral. Pretende-se promover uma reflexão acerca das competências específicas do enfermeiro de saúde familiar e identificar modelos que lhes permitam avaliar o funcionamento familiar.

Justificação e relevância do tema

Podemos concetualizar Família como um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo. O conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos, mas que reconhecendo a complexidade do sistema familiar, enquanto unidade transformativa, integra as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das

características de globalidade, equidade e auto-organização do sistema familiar, entre outras definidoras do sistema familiar.

Reportando-nos ao modelo sistémico, como paradigma de abordagem da família, a saúde é considerada na perspectiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num *continuum* entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida (Finfgeld-Connett, 2005; Pask et al., 2018).

A compreensão da família a partir deste paradigma permite-nos conceptualizá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão de família nuclear, acompanhando a evolução do conceito de família *modificado e reconstruído a par da evolução dos contextos e estruturas sociais* (Bronfenbrenner, 1986; Finfgeld-Connett, 2005).

Efetivamente a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem, enquadra-se a nível internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram colocados novos desafios à enfermagem tendo em vista o desenvolvimento da enfermagem de família, pela sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva. Evidencia-se o papel do enfermeiro como gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos nos seus processos de vida. São referenciados como promotores de saúde, pela materialização do seu papel no trabalho de proximidade com as famílias. A segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da OMS - Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, reforçou o papel primordial dos enfermeiros de saúde familiar nos diversos contextos de saúde, consagrando a sua importância no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Incorporando uma filosofia de cuidados centrados na família, verificamos que as práticas de Cuidados de Saúde Primários (CSP), assentam, numa lógica de proximidade e continuidade, reportando-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde, sendo reconhecidos no Programa do XVII Governo Constitucional como a base de sustentação de um sistema acessível, eficiente e equitativo. As orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015) enfatizam a intervenção de rede e a implementação de equipas multidisciplinares, com um paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2010), fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, o Enfermeiro de Família surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

Afirma também o mesmo regulamento que as famílias estão sujeitas a tensões quando os fatores de stress (problemas) afetam as linhas de defesa da família. A forma como a família reage e se adapta a esses problemas, depende, acima de tudo, da forma como a doença, seja ela qual for, afeta a família e consequentemente a unidade familiar. Compete assim, ao Enfermeiro da Família, reunir as competências necessárias para apoiar o doente e família a reencontrar equilíbrios que foram afetados pela doença.

Contudo, a complexidade do contexto social e das famílias atuais, com uma plenitude de possíveis arranjos, exige novas formas de analisar e compreender as famílias. Um dos modelos de análise e compreensão das famílias, que mais consenso reúne é o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1977, 1986, 2005; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2006, 2007).

O Modelo Bioecológico analisa o fenómeno familiar através de quatro vertentes inter-relacionadas: pessoa; processo; contexto; e tempo, sendo denominado de modelo PPCT. Este modelo possibilita conhecer como um grupo de pessoas ou família, vivenciam determinada experiência (processo), quando inseridas em diferentes contextos. Estes contextos são determinados tanto por aspetos físicos como

sociais e valorativos, sendo que são estes aspetos que os caracterizam e exercem influência na pessoa e no grupo familiar, pela continuidade (tempo) e estabilidade do sistema de relações e da construção de suas rotinas, de sua biografia e história social (Bronfenbrenner, 1986).

Vários estudos utilizaram o modelo bioecológico na compreensão da complexidade das relações familiares quando existe um dos membros com doença grave ou uma doença que leve à dependência dos outros. Estes estudos concluem que a complexidade se estende muito além dos domínios físicos, psicológicos, sociais e espirituais comumente usados, incluindo como os doentes interagem com a família e profissionais, e como os serviços respondem às necessidades e perspetivas sociais sobre o cuidado (Pask et al., 2018). Estudos concluem igualmente que a complexidade "pré-existente", "cumulativa" e "invisível" são outras dimensões importantes para proporcionar cuidados paliativos e de fim de vida eficazes e que a natureza dinâmica da doença e necessidades ao longo do tempo também são profundamente influentes (Pask et al., 2018).

Investigadores sugerem que, adaptando a Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner, é possível categorizar as várias dimensões do cuidar em família, no microsistema (pessoa, necessidades e características), cronossistema (influências dinâmicas do tempo), mesossistema (interações com familiares e profissionais de saúde), exossistema (serviços e sistemas de cuidados paliativos) e macrosistema (influências). Estes estudos também concluem que os vários intervenientes, concordaram em capturar a complexidade dos sistemas ao nível do doente, com benefícios comprovados para melhorar a alocação de recursos de cuidados paliativos (Chandran et al., 2016; Pask et al., 2018).

Por sua vez, a rede social de apoio, outro elemento fulcral para os doentes e as famílias ultrapassarem as dificuldades que advêm da doença, é composto de apoio emocional e instrumental e é um processo interpessoal defensivo que envolve a troca recíproca de informações, é específico do contexto e resulta em melhoria da saúde mental (Finfgeld-Connett, 2005). Esta autora conclui no seu estudo, dos mais citados internacionalmente sobre a matéria, que antecedentes de apoio emocional e

instrumental incluem uma necessidade percebida, mais uma rede social e clima propício à troca de apoio social.

Os enfermeiros são aconselhados a encorajar os doentes a utilizarem e melhorarem as suas redes de apoio pessoal. No entanto, a rede social de apoio parece ser principalmente um recurso leigo e, assim, os enfermeiros são desencorajados a definir o apoio social como uma intervenção de enfermagem. Atributos de apoio social, em vez de tipos de apoio, devem ser usados como referentes empíricos. Os atributos permanecem consistentes entre os tipos, mas os tipos são inerentemente diferentes uns dos outros. Finalmente, são necessários esforços maiores para diferenciar o apoio social de conceitos como o cuidado (Finfgeld-Connett, 2005).

No Despacho n.º 3618-A/2016, o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, através designadamente da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento.

Existem evidências várias, a partir de estudos observacionais e experimentais, os quais incluem ensaios clínicos controlados e randomizados, revisões sistemáticas e metanálises, de que a prática regular de *mindfulness* (atenção plena) pode contribuir para a prevenção e o tratamento de diversas doenças e condições clínicas, crónicas não transmissíveis principalmente, facto que está associado ao aumento da qualidade de vida e do estado de saúde e à redução dos níveis prejudiciais de sintomas de estresse, de ansiedade e de depressão (Carlson, 2012; Goleman & Davidson, 2018).

Mindfulness é o cultivo da consciência sem julgamento no momento presente. É tanto uma prática quanto uma maneira de estar no mundo. A atenção plena é propositadamente cultivada em uma série de intervenções estruturadas, sendo a mais popular delas a redução do estresse baseada na atenção plena, seguida pela terapia cognitiva baseada na atenção plena.

Perante sintomas físicos que são exacerbados pelo stress a ansiedade aumenta. Aprender a identificar a resposta ao estresse e os sintomas associados, e responder

conscientemente ao invés de reagir com aversão, pode resultar em aceitação e relaxamento, o que resultará na atenuação dos sintomas ao invés de os aumentar (Carlson, 2012). Neste sentido propõe-se que o enfermeiro de família, desenvolva um plano de *Mindfulness* junto dos cuidadores informais, como o objetivo de promover a sua saúde mental, o bem estar e a qualidade de vida.

O cuidar é um conceito de múltiplos níveis e envolve vários aspetos do comportamento humano, que não podem ser categorizados em modelos simplistas baseados em variáveis físicas, psicológicas ou sociais mensuráveis. Embora o cuidado sempre seja influenciado por uma série de fatores subjetivos (por exemplo, a capacidade de enfrentamento, as crenças pessoais e as expectativas sociais), os profissionais de saúde precisam de medidas objetivas para identificar os cuidadores informais em risco. Os estudos concluem que a alta dependência física, a idade muitas vezes avançada dos cuidadores informais e o aumento da ansiedade em cuidadores ou doentes e o apoio familiar precário são medidas simples e facilmente utilizadas para avaliar o risco do cuidador informal, podendo ser usadas na prática clínica para direcionar as intervenções dos profissionais, nomeadamente a nível do aumento da literacia em saúde dos cuidadores informais (McCullagh, Brigstocke, Donaldson, & Kalra, 2005). O papel do profissional junto das famílias, nomeadamente proporcionando formação para o aumento dos níveis de literacia em saúde e em especial a literacia sobre a patologia que afeta o seu familiar, tem sido evidenciado em vários estudos (Kickbusch et al., 2013; Sørensen et al., 2015).

A literacia em Saúde, entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado, constitui a referência nuclear deste Programa.

Os estudos divulgados apontam para baixos níveis de literacia em saúde em vários países, entre outros, em Portugal (Heijmans et al., 2015; Kickbusch et al., 2013; Neto, Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017; Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012). Vários autores concluem que o aumento da literacia em saúde, nomeadamente no que diz respeito ao autocuidado e autonomia do doente e cuidadores informais, são

de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo, por isso, um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Embora a maioria dos estudos sobre a literacia em saúde se centram no utente, a maioria também refere a importância da literacia do cuidador informal, especialmente para os casos em que o doente perde, totalmente, parcialmente ou até esporadicamente, a sua autonomia, uma vez que a literacia em saúde, nesses casos, não só é importante no cuidar do doente mas também para o saber cuidar de si, enquanto cuidador (Heijmans et al., 2015; Kickbusch et al., 2013).

A educação para a saúde é um modelo considerado adequado para aumentar a literacia dos cuidadores informais, já que potencia melhorias no conhecimento e compreensão, bem como nas formas de raciocinar, ajudando dessa forma o desempenho do papel de cuidador (Tones, Tilford, & Robinson, 1990).

Em síntese, os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estão responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais.

Bibliografia da Aula

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. The SAGE Program on Applied Developmental Science.*

Los Angeles: Sage Publications.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In *Handbook of child psychology: Volume 1. Theoretical models of human development* (pp. 793–828). New York: Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. In *Handbook of Child Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–21.
<https://doi.org/10.5402/2012/651583>
- Fingeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4–9. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x>
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2018). *Altered Traits: Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body*. New York: Penguin.
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., van der Heide, I., ... Rademakers, J. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union*. Brussels: European Union.
<https://doi.org/10.2818/150402>
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: the solid facts*. WHO Regional Office for Copenhagen.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181–2186. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000181755.23914.53>

- Neto, A., Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Diabetes literacy among higher education students. In *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 698–706).
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating Health Promotion-Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44.
<https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012, December 25). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tones, K., Tilford, S., & Robinson, Y. (1990). *Health Education Effectiveness and efficiency*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53).
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Página deixada propositadamente em branco

Capítulo 3 – Método de Ensino e Sistema de Avaliação

Página deixada propositadamente em branco

Neste terceiro e último capítulo será apresentado o método de ensino-aprendizagem, a planificação das atividades a desenvolver ao longo do curso, a distribuição dos tempos em cada atividade, tendo em conta a duração e as horas previstas de contacto para esta unidade curricular, bem como o método de avaliação.

Objetivos do Ensino Baseado no Desenvolvimento de Competências

De acordo com o Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho, alterador do Decreto-Lei n.º 74/2006, que transpôs para o regime jurídico português a concretização do Processo de Bolonha ao nível da adoção do modelo de organização do ensino superior em três ciclos, o funcionamento do Ensino superior concretiza-se através:

a) Da passagem de um ensino baseado na transmissão de conhecimentos para um ensino baseado no desenvolvimento de competências;

b) Da orientação da formação ministrada para os objetivos específicos que devem ser assegurados pelos ciclos de estudos do subsistema, universitário ou politécnico, em que se insere;

c) Da determinação do trabalho que o estudante deve desenvolver em cada unidade curricular - incluindo, designadamente, quando aplicáveis, as sessões de ensino de natureza coletiva, as sessões de orientação pessoal de tipo tutorial, os estágios, os projetos, os trabalhos no terreno, o estudo e a avaliação - e a sua expressão em créditos de acordo com o sistema europeu de transferência e acumulação de créditos (ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System);

d) Da fixação do número total de créditos, e conseqüente duração do ciclo de estudos, dentro dos valores e de acordo com os critérios estabelecidos pelo presente decreto-lei.

As alterações introduzidas pelo Processo de Bolonha, impuseram uma alteração aos métodos de ensino, orientando-os para um tipo de ensino baseado no desenvolvimento de competências.

A ideia de competências foi introduzida no ensino superior em virtude da desconexão entre o que era ensinado nas aulas e o que era necessário no mercado de trabalho. Verificou-se a necessidade de ensinar a habilidade de aplicar conhecimento

na prática ao invés de ensinar apenas para que os estudantes acumulassem conhecimento (Everwijn, Bomers, & Knubben, 1993; Malone & Supri, 2012; Wesselink, Mulder, Elsen, & Biemans, 2006). O renascimento do Ensino Baseado na Competência (EBC) tem origem na alteração para uma sociedade baseada no conhecimento e uma visão construtivista da aprendizagem. A sociedade industrial, orientada para a oferta e focada na direção, deslocou-se para uma sociedade baseada no conhecimento com uma atitude orientada pela procura, na qual a capacitação do estudante, em vez da direção, é o que é determinante. Na nossa sociedade atual, é necessário as pessoas lidarem com uma quantidade enorme de informações, assumir responsabilidades, aprender e fazer análises críticas (Dochy & McDowel, 1997; Koenen, Dochy, & Berghmans, 2015).

Estas alterações a nível de sociedade têm implicações profundas para o ensino e obrigam a um repensar da forma de ensinar (Reigeluth, 1999).

O EBC expandiu-se nacional e internacionalmente no ensino superior na última década e meia e os organismos de credenciação, como é o caso a A3ES em Portugal, exigem que os estabelecimentos de ensino superior documentem como avaliam que os seus estudantes, nos vários ciclos de ensino superior, conseguiram adquirir as competências necessárias para suportarem os seus respetivos graus académicos (Koenen et al., 2015). A popularidade do EBC baseia-se no facto, comprovado através de vários estudos, que este método de ensino prepara melhor os estudantes para a sua vida profissional futura, criando visões mais flexíveis e adaptáveis. O EBC proporciona, assim, uma conetividade com assuntos relevantes atualmente como a empregabilidade e a aprendizagem ao longo da vida (Wesselink et al., 2006).

Em último lugar, o desenvolvimento de competências está orientado para as exigências e objetivos da educação e da formação, sendo mais positivo e progressivo, focalizando as competências do estudante, muito mais do que o modelo de défice da abordagem comportamentalista (Koenen et al., 2015; Wesselink et al., 2006).

Os novos desafios impõem, assim, que aos estudantes seja ministrado um ensino, que os capacite e lhes forneça um conjunto de ferramentas de forma a:

- Serem capazes de aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão dos ensinamentos adquiridos, de forma a comprovarem uma abordagem profissional ao trabalho desenvolvido na área vocacional;
- Terem a capacidade de resolução de problemas no âmbito da área de formação e de construção e fundamentação da própria argumentação;
- Terem capacidade de recolher, selecionar e interpretar a informação relevante, particularmente na área de formação, que habilite à fundamentação de soluções e juízos, incluindo na análise dos aspetos sociais, científicos e éticos relevantes;
- Assimilar competências que permitam comunicar informação, ideias, problemas e soluções, tanto a públicos constituídos por especialistas como por não especialistas; e,
- Assimilar competências de aprendizagem que permitam uma aprendizagem ao longo da vida com elevado grau de autonomia.

O principal objetivo do ensino baseado no desenvolvimento de competências é que os estudantes aprendam, ou seja, pretende-se que o ensino seja efetivo para que a aprendizagem seja significativa. As novas teorias da educação referem que os métodos de ensino devem encorajar o estudante a relacionar-se com a matéria de estudo de forma útil. Para alcançar este objetivo, os métodos de ensino devem promover formas de estudo mais profundas. Neste sentido, os métodos de ensino devem levar o estudante a assumir uma maior responsabilidade e envolvimento no estudo. Tais métodos, envolvem uma busca ativa do conhecimento, interpretação de resultados, e teste de hipóteses, seja num contexto de cooperação, seja num contexto individual (Hativa, 2000). De acordo com Hativa (2000), o ensino em contexto de sala de aula não é a única forma de determinar a aprendizagem dos estudantes, sendo também determinante a aprendizagem fora da sala de aula. Mas, para que haja sucesso na aprendizagem um fator determinante é a motivação do estudante (Hativa, 2000; Koenen et al., 2015).

Se a motivação é o fator que direciona o nosso comportamento e atividade, promover a motivação é também muito importante para que os resultados de aprendizagem sejam percebidos pelos estudantes como sendo relevantes e adequados em termos de complexidade. Os fatores que podem promover a motivação do estudante são (Cabaní, Bosch, & Argelagós, 2014; Hativa, 2000; Koenen et al., 2015):

1. clareza;
2. organização;
3. interesse;
4. ambiente na sala de aula;
5. os objetivos do programa devem ser relevantes para os objetivos de longo prazo dos estudantes;
6. os estudantes devem conseguir ver uma aplicação das matérias lecionadas; e
7. a tarefa de aprendizagem deve representar um desafio.

Método de Ensino

Conforme já mencionado neste relatório, a Unidade Curricular Comunicação e Relação de Ajuda do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, é ministrada simultaneamente no Instituto Politécnico de Bragança, Universidade de Aveiro e Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, sendo que esta configuração coloca desafios ao método de ensino a adotar, uma vez que os mestrandos se encontram em três cidades distintas.

Assim, optou-se por aplicar um método de ensino que já tem provas dadas na última década e que proporciona uma forma eficaz de comunicação e partilha do conhecimento à distância. Estamos a referir-nos ao Blended-learning ou b-learning, literalmente traduzido para português como ensino misto, e no caso em apreço um b-learning em modo síncrono, com aulas expositivas, com visualização e análise de material audiovisual, análise de textos científicos, pesquisa orientada, elaboração de pósters, construção de artigos científicos e dinâmica de grupo, em simultâneo com os mestrandos e docentes.

Para o efeito é utilizada a plataforma Zoom, da Zoom Video Communications, Inc., que permite uma autenticação segura, através da utilização das credenciais que os utilizadores já têm junto dos seus respetivos estabelecimentos de ensino.

O b-learning fornece um valor pedagógico adicional quando comparado à aprendizagem tradicional on-line em termos do ensino de competências, conforme concluído em vários estudos (Koenen et al., 2015; McCutcheon, O'Halloran, & Lohan, 2018), indo estas evidências ao encontro dos vários apelos das entidades de acreditação e supervisão do ensino superior, para incluir novas formas de impacto comprovado nos métodos de ensino.

Para as instituições de ensino superior bem como para os académicos enquanto agentes de ensino, o b-learning serve como uma alternativa, com provas dadas, para motivar os estudantes, com efeitos conhecidos quando comparado com os métodos de ensino tradicionais, podendo melhorar consideravelmente a qualidade do ensino, motivando os estudantes e proporcionando uma melhor plataforma de ensino e de exposição (Rahman, Hussein, & Aluwi, 2015).

A educação está a atravessar um período de mudanças aceleradas e deve encontrar novas formas para acomodar as necessidades dos estudantes da atualidade, sendo que o b-learning tem sido uma forma de ir ao encontro destas novas necessidades. No entanto, há preocupações contínuas com relação à qualidade da educação e saber sobre as experiências dos alunos de um modelo de aprendizado combinado para o ensino de habilidades de comunicação. Estudos mostram-nos que os estudantes de enfermagem sentem que os módulos ministrados em sistema de b-learning, melhoraram a assimilação de conhecimento e aumentaram a sua confiança em situações da vida real. Inclusivamente, os estudantes destes estudos, encontraram várias vantagens no uso do b-learning para o ensino de unidades curriculares relacionadas com técnicas de comunicação, fornecendo este método uma experiência de aprendizagem holística e (Shorey, Kowitlawakul, et al., 2018; Shorey, Siew, & Ang, 2018).

Além do ensino proporcionado pelo método acima mencionado, os mestrandos têm ainda acesso a todos os sumários online, bem como os syllabus das aulas e

respetivos materiais didáticos, como apresentações da matéria lecionada e artigos científicos selecionados para cada tema.

Atendendo não só à experiência vivida ao utilizar este método de ensino, bem como à evidência científica sobre as vantagens deste método de ensino, julgo ser justo afirmar que a aplicação do b-learning tem sido uma experiência positiva, com provas dadas, não só para a docente da unidade curricular Comunicação e Relação de Ajuda, bem como para os mestrandos.

Conteúdos Programáticos da Unidade Curricular

Aula 1 – A Comunicação e Relação de Ajuda em Cuidados de Enfermagem

1. Os modelos teóricos da comunicação
 - 1.1. O modelo linear de Lasswell; O Modelo Linear de Shannon e Weaver;
2. A pragmática da comunicação humana: cinco axiomas da comunicação humana
3. Os tipos de comunicação
4. As funções da comunicação
5. Os estilos comunicacionais
6. Os fatores que influenciam a comunicação
7. As técnicas comunicacionais
8. As Estratégias de comunicação
9. O processo comunicacional em saúde
 - 9.1. As dificuldades de comunicação entre técnicos de saúde e utentes
 - 9.2. As competências de comunicação clínica

Aula 2 - As Linguagens da Comunicação: Principais Perturbações da Linguagem ao Longo do Ciclo Vital e Comunicação em Saúde

1. Introdução às perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital e comunicação em saúde
2. Perturbações da linguagem
 - 2.1. Perturbações da linguagem em adultos com distúrbios neurológicos adquiridos
 - 2.2. Perturbação da linguagem adquirida: afasia no adulto
 - 2.3. Avaliação da afasia
 - 2.3.1. Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)
 - 2.3.2. Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)
 - 2.4. Alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE
 - 2.5. Epidemiologia

- 2.6. Alterações de comunicação e da linguagem em patologias neuro-degenerativas: doença de alzheimer
3. Intervenção da reabilitação em doentes com afasia decorrente de AVC e TCE
4. A comunicação para a saúde como ferramenta para a promoção da literacia em saúde dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e doença de Alzheimer
 - 4.1. Modelo conceptual da literacia em saúde de Nutbeam
 - 4.2. Modelo conceptual da literacia em saúde de Sørensen et al.
 - 4.2.1. Exercício prático sobre um plano de promoção da literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com avc e portadores de doença de alzheimer

Aula 3 - Condições de Aplicação da Relação de Ajuda e Componentes da Relação Terapêutica

1. Conceito de saúde centrada na pessoa
2. Enquadramento conceptual: teorias humanistas
3. Definição de relação terapêutica
4. Definição de relação de ajuda
5. Modelos de relação de ajuda: modelo teórico do Cuidado Humano, de Jean Watson
6. Pressupostos da relação de ajuda
7. Atitudes relacionais: o poder da empatia
8. Treino de competências de comunicação e relação de ajuda

Aula 4 - A Humanidade – Uma Ferramenta da Comunicação Proxémica

1. Conceito de Humanidade
2. Pilares da Humanidade
3. Utilização desta metodologia/ferramenta em diversos contextos da saúde: cuidados de saúde primários; área da educação social; cuidados paliativos; cuidados domiciliários; oncologia
4. Vantagens da aplicabilidade desta ferramenta

Aula 5 - A Comunicação de Más Notícias e Gestão do Processo de Luto

1. Contextualização de más notícias em saúde
2. Estratégias de transmissão de más notícias: protocolo SPIKES
3. Comunicação e relacionamento interpessoal em psico-oncologia
4. Terapia da dignidade humana
5. Fases do processo de luto
6. Gestão do processo de luto
7. Análise de evidências científicas

Aula 6 - Relação de Ajuda e os Contextos Profissionais

1. Saúde mental em contexto laboral: stress e burnout
2. Gestão de conflitos
3. Competências de Inteligência Emocional para o trabalho

Aula 7 - Relação de Ajuda Junto da Família

1. Competências específicas do enfermeiro de saúde familiar
2. Modelo bioecológico do desenvolvimento humano
3. Rede social de apoio
4. A família como cuidador informal
5. Literacia em saúde como ferramenta da relação de ajuda

As aulas e sua duração são estruturadas e lecionadas ao longo do semestre, de acordo com a pertinência dos temas a abordar para a especialização do Enfermeiro de Saúde Familiar, de acordo com o apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Planificação das atividades e distribuição dos tempos letivos

Aula n.º	Temas/Tópicos de Análise	N.º de Horas	Tipo
1	A Comunicação e Relação de Ajuda em Cuidados de Enfermagem	4	TP
2	As Linguagens da Comunicação: Principais Perturbações da Linguagem ao Longo do Ciclo Vital e Comunicação em Saúde	6	TP
3	Condições de Aplicação da Relação de Ajuda e Componentes da Relação Terapêutica	3	TP
4	A Humanidade – Uma Ferramenta da Comunicação Proxémica	3	TP
5	A Comunicação de Más Notícias e Gestão do Processo de Luto	3	TP
6	Relação de Ajuda e os Contextos Profissionais	3	TP
7	Relação de Ajuda Junto da Família	3	TP
8	Teoria e tutoria na elaboração do Póster Científico	3	TP/OT
9	Teoria e tutoria na elaboração do Projeto de Trabalho	3	TP/OT
10	Teoria e tutoria na elaboração do Artigo Científico	3	TP/OT
11	Apresentações dos Posters Científicos	3	OT
12	Apresentações dos Projetos de Trabalho	3	OT
13	Apresentações dos Artigos Científicos	3	OT
14	Realização de exame de avaliação final	2	
	TOTAL	45	

Trabalho Autónomo a Desenvolver pelos Mestrandos

Conforme já referido neste relatório, o principal objetivo do ensino baseado no desenvolvimento de competências é que os estudantes aprendam, ou seja, pretende-se que o ensino seja efetivo para que a aprendizagem seja significativa. Foi igualmente referido que para alcançar este objetivo, os métodos de ensino devem promover formas de estudo mais profundas, traduzindo-se numa maior responsabilidade a ser assumida pelo estudante. Como referenciado, Hativa (2000), conclui que o ensino em contexto de sala de aula não é a única forma de determinar a aprendizagem dos estudantes, sendo também determinante a aprendizagem fora da sala de aula.

Atendendo ao acima referido, uma das componentes do processo de aprendizagem na Unidade Curricular é motivar os mestrandos a explorar as evidências científicas existentes e capacitá-lo a extrair conclusões e exemplos de boas práticas que possa aplicar na execução da sua função como enfermeiro especialista em saúde familiar. Como metodologia para atingir estes objetivos, os mestrandos, além da componente teórica de cada aula, são convidados a fazerem apresentações sobre temas desenvolvidos a partir da componente teórica.

Assim, ao longo da Unidade Curricular, terão os mestrandos apresentar três trabalhos, sendo estes:

1. Um artigo científico sobre um dos temas abordados nas aulas
2. Um poster científico sobre um dos temas abordados nas aulas
3. Um projeto de trabalho dentro das temáticas abordadas na Unidade Curricular

Metodologias de Avaliação

A avaliação efetuar-se-á segundo os critérios instituídas pelas três instituições de ensino: UTAD; IPB e Universidade de Aveiro (Regulamento Geral de Avaliação de Conhecimentos), enquanto Estabelecimentos de Ensino titulares do curso, e do Conselho Pedagógico e Técnico-científico das mesmas instituições e que para a unidade curricular de Comunicação e Relação de Ajuda, consistirá no seguinte procedimento:

Avaliação Contínua, a qual integra a:

1. assiduidade (presencial nas respetivas escolas ou via e-learning) do estudante nas sessões teórico práticas;
2. intervenções com exemplos sobre a temática;
3. apresentação individual de casos práticos;
4. participação em workshops desenvolvidos no âmbito da unidade curricular;
5. seminários e
6. um exame final escrito.

Em termos dos pesos relativos de cada componente na avaliação final, as primeiras quatro componentes ponderam em 60% na avaliação e o exame final escrito pondera em 40%.

Notas Finais

Página deixada propositadamente em branco

Para concluir a apresentação deste relatório importa tecer algumas considerações finais.

Primeira, a importância atribuída à lecionação de unidades curriculares relacionadas com a comunicação e relação terapêutica em cursos como os de enfermagem, que ainda é baixa, evidenciando que a importância da comunicação para o sucesso, eficácia e adesão aos tratamentos nos doentes ainda é ignorada pela maioria das escolas de saúde do nosso país.

Segunda, em relação aos objetivos e aos conteúdos programáticos definidos para a unidade curricular, houve a preocupação em selecionar os conteúdos mais relevantes, proporcionando uma efetiva compreensão por parte dos mestrandos e simultaneamente tentando ser os conteúdos que melhor e mais motivem os mestrandos.

Terceira, método de ensino adotado, b-learning, ser muito inovador e útil neste tipo de formação, com um método de avaliação que nos parece ser o mais adequado para a concretização do modelo de Ensino Baseado nas Competências. A aposta na análise e discussão de artigos científicos e estudos de caso pretende cativar os estudantes e despertar a capacidade de crítica e de análise, com vista à melhoria do seu desempenho.

Página deixada propositadamente em branco

Referências Gerais da Unidade Curricular

- Abiven, M. (1991). Dying with dignity. *World Health Forum*, 12, 375–399.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-54980-9_9
- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444–453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V-TR - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a. Ed. Rev.* Lisboa: Climepsi.
<https://doi.org/1011769780890425596>
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations.
<https://doi.org/10.1044/policy.RP1993-00208>
- Archer, M. S. (2002). Realism and the Problem of Agency. *Alethia*, 5(1), 11–20.
<https://doi.org/10.1558/aleth.v5i1.11>
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 360–367.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Gliber, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baptista, G., & Galvão, A. (2014). Avaliação da aceitação da doença crónica. In 2^o Congresso Internacional “Novos Olhares na Saúde” (pp. 367–375).
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncologia*, 5(2–3), 383–400.
https://doi.org/10.5209/REV_PSIC.2008.V5.N2.16287
- Bartlett, D. (1998). *Stress: perspectives and processes*. London: McGraw-Hill Education.
- Beard, A. (2018). Speech, language and communication: a public health issue across the lifecourse. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*, 28(3), 126–131.

<https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.004>

- Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam—Nijmegen everyday language test: Construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8(4), 381–407. <https://doi.org/10.1080/02687039408248666>
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss, Volume 3: Loss, sadness and depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 3(1980), 496. <https://doi.org/10.4135/9781446250990.n2>
- Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 145–156. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01061.x>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. The SAGE Program on Applied Developmental Science*. Los Angeles: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In *Handbook of child psychology: Volume 1. Theoretical models of human development* (pp. 793–828). New York: Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. In *Handbook of Child Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore, Johns Hopkins University Press. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Buckwalter, K. C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. R., Kelly, A., Richards, B., & Sime, M. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing, 13*(2), 80–88.
- Butow, P. N., Maclean, M., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., & Boyer, M. J. (1997). The dynamics of change: Cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology, 8*(9), 857–863.
<https://doi.org/10.1023/A:1008284006045>
- Bylund, C. L., Brown, R. F., Lubrano Di Ciccone, B., Diamond, C., Eddington, J., & Kissane, D. W. (2009). Assessing facilitator competence in a comprehensive communication skills training programme. *Medical Education, 43*(4), 342–349.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03302.x>
- Cabaní, M. L. P., Bosch, J. J., & Argelagós, E. (2014). Testing a Model of Competence-based Teaching. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 143*, 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.352>
- Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *ISRN Psychiatry, 2012*, 1–21.
<https://doi.org/10.5402/2012/651583>
- Cassell, E. J. (1992). The nature of suffering: physical, psychological, social, and spiritual aspects. *NLN Publications, 15*(2461), 1–10.
- Chandran, D., Corbin, J. H., & Shillam, C. (2016). An Ecological Understanding of Caregiver Experiences in Palliative Care. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care, 12*(1–2), 162–182.
<https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1156602>
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-Conserving Care — A New Model for Palliative Care. *Journal of American Medical Association, 287*(17), 2253–2260.
<https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Chochinov, H. M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. *Journal of Clinical Oncology, 22*(7), 1336–1340. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.12.095>
- Chochinov, H. M. (2012). Death , Time , and the Theory of Relativity : A Brief Reply ? *Journal of Pain and Symptom Management, 42*(3), 460–463.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.12.177>

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). A novel psychotherapeutic intervention for patients near end of life. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 5520–5525.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>

Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., ... Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice, *81*(12), 1596–1615.

<https://doi.org/10.1053/apmr.2000.19240>

Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008, *92*(4), 519–530.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>

Clancy, J., & McVicar, A. (2009). *Physiology and Anatomy for Nurses and Healthcare Practitioners : a homeostatic approach*. Hodder Arnold.

Conlee, M. C., & Tesser, A. (1973). The Effects of Recipient Desire to Hear on News Transmission. *Sociometry*, *36*(4), 588–599. <https://doi.org/10.2307/2786254>

Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G. (2014). Humanidade: empreender qualidade em saúde. In *2º Congresso Internacional "Novos Olhares na Saúde"* (Vol. 1, pp. 322–334).

Davies, E., & Higginson, I. J. (2004). *The Solid Facts: Palliative Care*. Copenhagen.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

Dinică, R. C. (2014). Non-verbal Communication - Indispensable Complement of Oral and Written Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *137*, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.260>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*.

Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Saúde Em Números*, *21*. <https://doi.org/ISSN:2183-0746>

- Dochy, F., & McDowel, L. (1997). Assessment as a tool for learning. *Studies in Educational Evaluation*, 23(4), 279–298. [https://doi.org/10.1016/S0191-491X\(97\)86211-6](https://doi.org/10.1016/S0191-491X(97)86211-6)
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- Egan, G. (1986). *The skilled helper: a systematic approach to effective helping - Gerard Egan - Google Books*. Pacific Grove, CA: Brooks Publishing.
- Eidinger, R. N., & Schapira, D. V. (1984). Cancer patients' insight into their treatment, prognosis, and unconventional therapies. *Cancer*, 53(12), 2736–2740. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19840615\)53:12<2736::AID-CNCR2820531233>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19840615)53:12<2736::AID-CNCR2820531233>3.0.CO;2-W)
- Enderby, P. M., Wood, V. A., Wade, D. T., & Hower, R. L. (1986). The frenchay aphasia screening test: A short, simple test for aphasia appropriate for non-specialists. *Disability and Rehabilitation*, 8(4), 166–170. <https://doi.org/10.3109/03790798709166209>
- Engel, G. L. (1977). Need for a New Medical Model - A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Epstein, R. M., & Street Jr., R. L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Communication*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. [https://doi.org/NIH Publication No. 07-6225](https://doi.org/NIH%20Publication%20No.%2007-6225).
- Everwijn, S. E. M., Bomers, G. B. J., & Knubben, J. A. (1993). Ability- or competence-based education: Bridging the gap between knowledge acquisition and ability to apply. *Higher Education*, 25(4), 425–438. <https://doi.org/10.1007/BF01383845>
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 359(9307), 650–656. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07810-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07810-8)
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact

- of communication skills training: Results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer*, 89(8), 1445–1449. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309>
- Ferris, F. D., von Gunten, C. F., & Emanuel, L. L. (2000). Ensuring Competency in End-of-Life Care. *BMC Palliative Care*, 284(23), 3051–3057.
- Ferris, & Farlow, M. (2013). Language impairment in alzheimer’s disease and benefits of acetylcholinesterase inhibitors. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1007–1014. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39959>
- Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4–9. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x>
- Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J., & Burns, E. (2011). Rehabilitation for older people in long-term care (Review). *WILEY Publishers*, (4).
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *New England Journal of Medicine*, 347(16), 1249–1255. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa020846>
- Ganzini, L., Nelson, H. D., Schmidt, T. A., Kraemer, D. F., Delorit, M. A., & Lee, M. A. (2000). Physicians’ experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*, 342(8), 557–563. <https://doi.org/10.1056/NEJM200002243420806>
- Gardner, H. (1993). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. *Intelligence reframed Multiple intelligences for the 21st century*. Oxford: Hachette. <https://doi.org/10.1177/001698620204600209>
- Gattellari, M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., Dunn, S. M., & Macleod, C. A. (2018). Original article Misunderstanding in cancer patients : Why shoot the messenger ?, (June), 39–46.
- Gerry, E. M. (1989). An investigation into the assertive behaviour of trained nurses in general hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 14(12), 1002–1008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01510.x>
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Malakoff: Armand Colin.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1998). Breaking bad news 1: Current best advice

- for clinicians. *Behavioral Medicine*, 24(2), 53–59.
<https://doi.org/10.1080/08964289809596381>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2018). *Altered Traits: Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body*. New York: Penguin.
- Gorno-Tempini, M., Hillis, A., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S., ... Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006–1014.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821103e6>
- Greisinger, A. J., Lorimor, R. J., Aday, L. A., Winn, R. J., & Baile, W. F. (2003). Terminally ill cancer patients. Their most important concerns. *Cancer Practice*, 5(3), 147–154.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9–10.
- Gysels, M., Richardson, A., & Higginson, I. J. (2004). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: A systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer*, 12(10), 692–700.
<https://doi.org/10.1007/s00520-004-0666-6>
- Hativa, N. (2000). Becoming a better teacher: A case of changing the pedagogical knowledge and beliefs of law professors. *Instructional Science*, 28(5–62), 491–523. <https://doi.org/10.1023/A:1026521725494>
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., van der Heide, I., ... Rademakers, J. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union*. Brussels: European Union.
<https://doi.org/10.2818/150402>
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. Geneva.
- Herman, S. (1978). Becoming Assertive; A Guide for Nurses. *The American Journal of Nursing*, 78(9), 1576–1597.
- Hesbeen, W. (2006). Nursing system and a caring deity, a tail of humanism. *Soins; La*

- Revue de Reference Infirmiere*, (711), 92–95.
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney Jr, L. (2016). Case Report Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital : A Case Series, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/4813196>
- Hudson, P., Quinn, K., O’Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>
- Jacquard, A. (1987). *Cinq milliards d’hommes dans un vaisseau. Collection Points. S©brie Point Virgule* (Vol. V51). Paris: Inédit Virgule.
- Jacquard, A. (1991). *L’Héritage de la liberté: de l’animalité à l’humanité*. Paris: Seuil.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Adesão ao Tratamento. ASA Lisboa*. Lisboa: Edições ASA.
- Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. H. (2017). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union : towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving*, (October), 1–16.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: the solid facts. WHO Regional Office for Copenhagen*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Koenen, A. K., Dochy, F., & Berghmans, I. (2015). A phenomenographic analysis of the implementation of competence-based education in higher education. *Teaching and Teacher Education*, 50, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.04.001>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying. On Death and Dying*. New York: Taylor & Francis Group.
- Lamont, E. B., & Christakis, N. A. (2001). Prognostic Disclosure to Patients with Cancer Near End of Life. *Annals of Internal Medicine*, 134(12), 1097–1105.

- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- Langhorne, P., Widen-Holmqvist, L., Taylor, G., Murray, G., Askim, T., Dennis, M., ... Wolfe, C. (2007). Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 103–108. <https://doi.org/10.2340/16501977-0042>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In *The Handbook of Behavioral Medicine*. (pp. 282–325). [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61635-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61635-6)
- Levy-Storms, L. (2008). Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 8–21. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.026>
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Porto: Edições ASA.
- Lind, S. E., DelVecchio Good, M. J., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 7(5), 583–589. <https://doi.org/10.1200/JCO.1989.7.5.583>
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., ... Wylie-Rosett, J. (2010). *Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2010 update: A report from the american heart association. American Heart Association* (Vol. 121). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667>
- Lubinsky, M. S. (1994). Bearing bad news: Dealing with the mimics of denial. *Journal of Genetic Counseling*, 3(1), 5–12. <https://doi.org/10.1007/BF01414602>
- Mackillop, W. J., Stewart, W. E., Ginsburg, A. D., & Stewart, S. S. (1988). Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *British Journal of Cancer*, 58(3), 355–358. <https://doi.org/10.1038/bjc.1988.218>
- Maguire, P., & Faulkner, A. (1988). Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 297(6653), 907–909. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6654.972>
- Makoul, G., & Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in

- medical education: An international consensus statement. *Patient Education and Counselintient Education and Counselinga*, 37(2), 191–195.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00023-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00023-3)
- Malone, K., & Supri, S. (2012). A critical time for medical education: The perils of competence-based reform of the curriculum. *Advances in Health Sciences Education*, 17(2), 241–246. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9247-2>
- Manganello, J. A. (2008, November 17). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*.
<https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Maynard, D. W. (1996). On “Realization” in Everyday Life: The Forecasting of Bad News as a Social Relation. *American Sociological Review*, 61(1), 109–131.
<https://doi.org/10.2307/2096409>
- Maynard, D. W. (1997). How to tell patients bad news: the strategy of “forecasting”. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 64(4), 181–182.
- McCabe, C., & Timmins, F. (2003). Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 3(1), 30–42.
[https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(02\)00079-3](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(02)00079-3)
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181–2186. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000181755.23914.53>
- McCutcheon, K., O’Halloran, P., & Lohan, M. (2018). Online learning versus blended learning of clinical supervisee skills with pre-registration nursing students: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 82(January 2017), 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.005>
- McIntyre, T. J., Jeffrey, D. B., & McIntyre, S. L. (1984). Assertion training: The effectiveness of a comprehensive cognitive-behavioral treatment package with professional nurses. *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), 311–318.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90011-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90011-1)

- McWhinney, I. (1989). The need for a transformed clinical method. *Communicating with Medical Patients*, 9, 25–40.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L. H., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M. (2017). State-of-the-art in the implementation of the Humanitude care methodology in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53–62.
- Mesulam, M. M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 49(4), 425–432. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1770-z>
- Miller, S. M. (1995). Monitoring versus Blunting Styles of Coping with Cancer Influence the Information Patients Want and Need about Their Disease 1 : implications for Cancer Screening and Management. *Cancer*, 76(2), 167–177.
- Nattinger, A., & Hoffmann, R. (1996). The Effects of Legislative Requirements on the use of Breast-Conserving Surgery. *The New England Journal of Medicine*, 335(14), 1035–1040.
- Neto, A., Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Diabetes literacy among higher education students. In *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 698–706).
- Nicholas, M., Hunsaker, E., & Guarino, A. J. (2017). The relation between language, non-verbal cognition and quality of life in people with aphasia. *Aphasiology*, 31(6), 688–702. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1076927>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- O’Gara, P. E., & Fairhurst, W. (2004a). Therapeutic communication part 1: General approaches that enhance the quality of the consultation. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2004.03.002>

- O’Gara, P. E., & Fairhurst, W. (2004b). Therapeutic communication part 2: Strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2004.03.003>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 76(August), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine (1982)*, 40(7), 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Onnis, L. (2017). Caregiver communication to the child as moderator and mediator of genes for language. *Behavioural Brain Research*, 325, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2017.02.003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parte e - Regulamento de Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pask, S., Pinto, C., Bristowe, K., van Vliet, L., Nicholson, C., Evans, C. J., ... Murtagh, F. E. M. (2018). A framework for complexity in palliative care: A qualitative study with patients, family carers and professionals. *Palliative Medicine*, 32(6), 1078–1090. <https://doi.org/10.1177/0269216318757622>
- Payne, S. A., Langley-Evans, A., & Hillier, R. (1996). Perceptions of a “good” death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative Medicine*, 10(4), 307–312. <https://doi.org/10.1177/026921639601000406>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau’s theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Phaneuf, M. (2007). *Le concept d’humanité: une application aux soins infirmiers généraux*.

- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 77–87. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5)
- Porter-O’Grady, T. (2004). Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care. *Health Care Manage Rev.*, 29(4)(4), 278–283.
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: bridge to the future*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA*, 276(6), 234–239.
- Quill, T. E. (2000). Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: Addressing the “elephant in the room.” *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2502–2507. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2502>
- Quirt, C. F., Mackillop, W. J., Ginsburg, A. D., Sheldon, L., Brundage, M., Dixon, P., & Ginsburg, L. (1997). Do doctors know when their patients don’t? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer*, 18(1), 1–20. [https://doi.org/10.1016/S0169-5002\(97\)00048-2](https://doi.org/10.1016/S0169-5002(97)00048-2)
- Rahman, N. A. A., Hussein, N., & Aluwi, A. H. (2015). Satisfaction on Blended Learning in a Public Higher Education Institution: What Factors Matter? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 211(September), 768–775. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.107>
- Rappo, I. (2007). *Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l’humanité des patients comateux durant leurs interventions?* Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.
- Reigeluth, C. (1999). What is instructional-design theory and how is it changing? *Instructional Design Theories and Models - A New Paradigm of Instructional Theory*, 2(January 1999), 5–29. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4th ed.). Loures: Lusociência.
- Rogers, C. R. (1951). Perceptual reorganization in client-centered therapy.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>

- Rosenberg, S., & Gallo-Silver, L. (2011). Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2010.05.003>
- Sanders, S., Ott, C. H., Kelber, S. T., & Noonan, P. (2008). The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death Studies*, 32(6), 495–523. <https://doi.org/10.1080/07481180802138845>
- Sardell, A. N., & Trierweiler, S. J. (1993). Disclosing the Cancer-Diagnosis - Procedures that Influence Patient Hopefulness. *Cancer*, 72(11), 3355–3365. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19931201\)72:11<3355::AID-CNCR2820721135>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19931201)72:11<3355::AID-CNCR2820721135>3.0.CO;2-D)
- Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L., & Montgomery, R. J. V. (2005). Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), S48–S55. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S48>
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). The Mathematical Theory of Communication. *The Mathematical Theory of Communication*, 27(4), 117. <https://doi.org/10.2307/3611062>
- Shorey, S., Kowitlawakul, Y., Devi, M. K., Chen, H. C., Soong, S. K. A., & Ang, E. (2018). Blended learning pedagogy designed for communication module among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 61(November 2017), 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.011>
- Shorey, S., Siew, A. L., & Ang, E. (2018). Experiences of nursing undergraduates on a redesigned blended communication module: A descriptive qualitative study. *Nurse Education Today*, 61(September 2017), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.012>
- Siegler, M., & Osmond, H. (1974). *Models of Madness , Models of Medicine*. New York: McMillan Publishing Company Inc. <https://doi.org/10.1192/bjp.126.6.583-a>
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade , no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e

- vulnerável. *Revista Referencia, série 2 nu*, 97–105.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 81–93. <https://doi.org/10.12707/RIII1177>
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality End-of-Life Care. *Jama*, 281(2), 163. <https://doi.org/10.1001/jama.281.2.163>
- Sleeper, J. A., & Thompson, C. (2008). The Use of Hi Fidelity Simulation to Enhance Nursing Students' Therapeutic Communication Skills. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1555>
- Smith, M., Gerdner, L., Hall, G., & Buckwalter, K. C. (2004). History, development and future of the progressively lowered threshold model: A conceptual model for dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10), 1755–1760.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012, December 25). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Steinhauser, K., Christakis, N., Clipp, E., & McIntyre, L. (2000). End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *Jama*, 284(19), 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>.
- Stewart, A. L., Teno, J., Patrick, D. L., & Lynn, J. (1999). The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(2), 93–108. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00131-6](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00131-6)
- Stickley, T. (2011). From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 395–398. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.03.021>
- Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D., & Kiss, A.

- (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology*, 21(2), 204–207. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp564>
- Stiefel, F., Bernhard, J., Bianchi, G., & Dietrich, L. (2009). *The Swiss model*. Oxford: Oxford University Press.
- Stortenbeker, I. A., Houwen, J., Lucassen, P. L. B. J., Stappers, H. W., Assendelft, W. J. J., van Dulmen, S., ... Das, E. (2018). Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.002>
- Sullivan, A. D., Hedberg, K., & Fleming, D. W. (2000). Legalized physician-assisted suicide in oregon — the second year. *The New England Journal of Medicine*, 342(8), 598–604. <https://doi.org/10.1021/cen-v068n049.p036>
- Tones, K., Tilford, S., & Robinson, Y. (1990). *Health Education Effectiveness and efficiency*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Turner, K., Chye, R., Aggarwal, G., Philip, J., Skeels, A., & Lickiss, J. N. (1996). Dignity in dying: A preliminary study of patients in the last three days of life. *Journal of Palliative Care*, 12(2), 7–13.
- Warlow, C., Sudlow, C., Dennis, M., Wardlaw, J., & Sandercock, P. (2003). Stroke. *The Lancet*, 362(9391), 1211–1224. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14544-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14544-8)
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543–1555. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x>
- Wesselink, R., Mulder, M., Elsen, E. R. Van Den, & Biemans, H. J. A. (2006). Developing competence-based VET in the Netherlands, 56(4), 1–11.
- Whippen, D. A., & Canellos, G. P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9(10), 1916–1920. <https://doi.org/10.1200/JCO.1991.9.10.1916>
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.

- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. World Medical Association. <https://doi.org/10.3917/jib.151.0124>
- Yamagishi, M., Kobayashi, T., Kobayashi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15(6), 603–607. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00739.x>

Página deixada propositadamente em branco

Anexos

Página deixada propositadamente em branco

Anexo 1: Estrutura Sugerida para elaboração de um artigo científico

Estrutura do artigo

Título: o artigo deverá incluir um título informativo (que vá de encontro ao âmbito do trabalho) e sucinto (em português, espanhol e inglês); máximo de 12 palavras.

Autores: os autores devem estar devidamente identificados, com o nome, habilitações académicas, categoria profissional, instituição onde exercem funções, contatos (morada, e-mail e telefone institucionais). O nome e afiliação dos autores deve surgir imediatamente após o título em português. As afiliações devem estar por extenso (ex.: Local de Trabalho – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Os endereços de correio eletrónico dos autores dos artigos devem estar com hiperligação (com *link* disponível).

Resumo: o resumo do trabalho deve ser apresentado em português, espanhol e inglês, e não deve exceder as 250 palavras, devendo incluir uma introdução, objetivo(s), metodologia, resultados e conclusões.

Palavras-Chave: o artigo deve apresentar, no máximo, 5 palavras-chave.

Corpo do artigo:

O artigo (tratando-se de um trabalho de investigação) deve ser estruturado em secções, devendo incluir os seguintes capítulos: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, e Implicações para a Prática Clínica. Os artigos de revisão de literatura sistemáticas ou integrativas, não incluirão o último capítulo atrás mencionado.

Formato:

O formato do artigo deve seguir as normas da American Psychological Association (APA), 6ª edição, referência: American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association (6th ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Anexo 2: Estrutura sugerida para um projeto de trabalho dentro das temáticas abordadas na Unidade Curricular

Resumo: Até 200 palavras)

Introdução (Contextualização do trabalho, apresentação da área do trabalho, justificação tema, objetivo principal e partes do trabalho)

Fundamentação teórica (Dirigida à área do trabalho, indicando o quadro concetual inerente na área da Comunicação e Relação de Ajuda)

Metodologia

- Tipo de estudo
- População e amostra: Local onde se realiza o estudo, caracterização da instituição, região onde se insere e período temporal da recolha de dados, tipo de amostragem e critérios de inclusão e exclusão
- Instrumentos de recolha de dados
- Procedimentos éticos
- Análise de dados (Tipo de análise a efetuar com indicação das variáveis em causa)

Resultados

Conclusões

Formato e referências bibliográficas (Normas da APA 6)

Anexo 3: Estrutura sugerida para um poster científico

Idosos institucionalizados: avaliação do bem-estar subjetivo

Logos

Autores:
Luciana Fernandes | EUSA, IPB | luf@fernandos25@hotmail.com
Ana Galvão | EUSA, IPB | anagalvao@fp.upp.pt
Manuel Bêça | EUSA, IPB | manbe@fp.upp.pt
Sofia Martins | ESTG, IPB | sofiamartins95@gmail.com

Resumo

O fenómeno da Institucionalização é bastante frequente nos idosos acarretando várias consequências para a qualidade de vida do idoso. Este estudo centrá-se no Bem-Estar Subjetivo, operacionalizado na avaliação que o indivíduo faz da sua própria vida, ou seja, a sua satisfação perante a vida, e o seu nível de afetividade, a presença de afetos positivos e/ou negativos.

Problema e questões de investigação | Objetivos

Objetivamos responder à seguinte questão de investigação: Qual o nível de Bem-Estar Subjetivo (BES) do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro?

Estabelecemos os seguintes objetivos:

- Avaliar o BES do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro;
- Estudar relações entre o BES do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro com as variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Comportamentais.

Metodologia

Desenvolvemos um estudo de caráter quantitativo, descritivo e analítico. A amostra é não probabilística, constituída por 103 idosos institucionalizados em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro. Utilizamos um questionário que integra dados Sociodemográficos, Clínicos e Comportamentais, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), e a Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS).

Apresentação e discussão dos dados

Obtivemos valores razoáveis na SWLS (M=15,31; DP=2,53) e na PANAS - Afeto Positivo (M=12,1942; DP=2,03912) e valores mais baixos na PANAS - Afeto Negativo (M=8,9126; DP=2,66828), reveladores de bons níveis de BES. Os idosos consideraram que as suas condições de vida em geral são boas (M=3,20; DP=.647) e em geral estão satisfeitos com a sua vida (M=3,19; DP=.658). No entanto, em relação à questão "se eu pudesse recomçar a minha vida não mudaria quase nada", as respostas são em média baixas (M=2,83; DP=1,106). De entre os respondentes, são as do sexo feminino que estão mais satisfeitas com a vida (M=3,26; DP=.658).

Resultados

Não se observou relação estatística significativa entre as variáveis sociodemográficas, comportamentais e o BES. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos onde variáveis sociodemográficas não foram boas predictoras do bem-estar subjetivo (Nunes, 2009), verificando-se o mesmo em relação às variáveis clínicas (Fernandes, 2011).



Conclusão

O presente estudo permitiu concluir que embora a literatura nos revele que o idoso institucionalizado encontra-se mais fragilizado e com sentimentos deprimentes, no entanto neste caso concreto os níveis de bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado em lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro encontraram-se elevados.

Acreditamos, contudo, que para este tipo de amostra, um estudo de caráter quantitativo acaba por não fazer tanto sentido.

Lidando com sujeitos com maior dificuldade de compreensão e de comunicação, dado não só o seu nível literário, mas também o seu estado de saúde e condicionantes físicas e psicológicas, impostas pelo avanço da sua idade, leva-nos a concluir que poderá ser melhor optar por uma abordagem qualitativa.

Bibliografia

- Costa, A. (2012). Bem-Estar Subjetivo: Validação das Escalas PANAS e SWLS e uma amostra de idosos institucionalizados. Universidade de Maribor. Trabalho Superior. Higher Thesis, Escola Superior de Alts Estudos, Coimbra.
- Nunes, B., Almeida, S., Lemos, B., & Galvão, A. (2009). The Satisfaction With Life Scale (SWLS). *Journal of Personality Assessment*, 40(1), 71-75.
- Fernandes, M. (2011). *Relação entre bem-estar subjetivo, saúde física e mental de idosos sob cuidados em instituições de longa duração*. Trabalho Superior. Higher Thesis, Coimbra.
- Nunes, L. (2008). *Prevalência de Bem-Estar Subjetivo dos idosos através de Intergeneracionalidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Comunicação, Coimbra.
- Strober, A. (1992). *Utilização da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)*. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 30(2), 203-210.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(2), 1068-1075.

O poster deverá ser apresentado em formato A1, em orientação horizontal, com quatro colunas, de acordo com o apresentado na figura acima. As normas de formatação são as seguintes:

Tipo de letra, tamanho, espaçamento e cor

Para a realização deste poster devem ser respeitadas as seguintes indicações sobre o tipo de letra, tamanho, espaçamento e cor:

- Título do poster: Tipo de letra: Arial; Tamanho: 44 pts; Negrito; Cor: Preto.
- Subtítulo: Tipo de letra: Arial; Tamanho 40: pts; Negrito; Cor: Preto mais claro 25%.
- Autores: Tipo de letra: Arial; Tamanho: 14 pts; Negrito; Cor: Espaçamento Simples Preto mais claro 25%.
- Títulos: Tipo de letra: Arial; Tamanho: 28 pts; Negrito; Cor: Vermelho.

- Corpo do texto: Tipo de letra: Arial; Tamanho: 24 pts; Espaçamento Simples 1,0; Cor: Preto mais claro 25%.
- Legenda de figuras, tabelas ou gráficos: Tipo de letra: Arial; Tamanho: 14 pts; Cor: Preto mais claro 25%.
- Referências: Tipo de letra: Arial; Tamanho: 12 pts; Espaçamento Simples 1,0; Cor: Preto mais claro 25%.

Anexo 4: Relatório de avaliação dos trabalhos práticos: artigo, projeto de trabalho e póster

Crítérios	Indicadores	Ponderação	Nota final
Relativos à forma do trabalho			
Adequação às Normas	O projeto está de acordo com as normas de apresentação e o número de páginas definido	10	
Clareza do texto e citações	O texto é claro e de leitura fácil, apresentando correção do ponto de vista linguístico e coerência de estilo. Cumpre regras do acordo ortográfico. As citações são enquadradas corretamente no decurso do texto.	15	
Relativos ao conteúdo			
Título	É coerente	5	
Resumo/Abstract	Apresenta os pontos chave do trabalho e cumpre o número de palavras e o número de palavras chave	10	
Introdução	Contextualização do tema do trabalho, justificação e objetivo do trabalho	20	
Fundamentação Teórica	Teoria apresentada de forma clara e cronológica, demonstrando a evolução da teoria e a sua aplicação na prática	20	
	As referências são atuais e maioritariamente de revistas científicas indexadas	10	
METODOLOGIA			
Tipo de intervenção ou Estudo	Apresenta de forma correta o tipo de intervenção ou estudo	5	
População/amostra	Descreve claramente a população e a amostra	15	
Questões de investigação/ Objetivos / Variáveis	As questões de investigação e os objetivos, surgem da problemática e são formulados de forma clara, apresentando a forma e critério de avaliação. As variáveis estão claramente definidas	20	
Instrumentos de Recolha de Dados / Avaliação e/ou Intervenção	Os IRD são apresentados de forma completa, mencionando os autores do IRD original, e os autores que validaram a escala para a população sob estudo (normalmente a portuguesa). Serão descontados pontos por IRD's somente traduzidos e/ou adaptados para português, sem validação	15	
Procedimentos éticos	Os procedimentos éticos aplicados são claros e completos, sendo anexadas as evidências, quando aplicáveis	10	
Análise de dados	O tipo de análise é claramente referido bem como	5	
Resultados	Os resultados estão de acordo com os objetivos, mencionando claramente os testes estatísticos realizados e a fundamentação da sua escolha	10	
Discussão	Os resultados são confrontados com resultados de estudos de relevância	5	
Conclusões	As conclusões sumarizam de forma clara e correta os principais resultados, as limitações e, onde aplicável, as recomendações para estudos ou intervenções futuros	15	
Referências	De acordo com as norma APA	10	
TOTAL		200	